2309/1 Nr 9

Lane Medical Library

Zur Casuistik der operativen Behandlung des diphtherischen Larynxcroups.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 21. FEBRUAR 1899

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Setrak Eghiaian

aus Aintab (Aleppo, Syrien).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. phil. nat. Nikita Chodschajew.
- Dr. med. Paul Reckzeh.
- cand. med. Eduard Schönherr.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Mohrenstrasse 59.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/zurcasuitikderop0000setr

Die schon lange bekannte Operation, Einführung einer Röhre in den Larynx, bei den Erkrankungen, die dem freien Eindringen der Luft entgegenstehen, wurde zum ersten Male von dem französischen Arzt Bouchut zur Beseitigung der diphtherischen Larynxstenose als Ersatz der „gefährlichen“ Tracheotomie angewendet.

Im Jahre 1858 veröffentlichte Bouchut in der „Gaz. des Hôp.“ unter dem Namen „Tubage du Larynx“ 7 derartig behandelte Diphtherie-Fälle.

Die Heilungsresultate bei denselben waren aber keineswegs ermutigend; von 7 Kranken starben 5, bei den 2 geheilten musste nachträglich die Tracheotomie vorgenommen werden.

Im Juni desselben Jahres wurde Bouchut's neue Behandlungsweise des Croups in der „Académie de Médicine“ lebhaft diskutiert. In der Kommission — Blache, Nélaton, Trousseau — die zur Prüfung derselben eingesetzt wurde, war der einflussreiche Trousseau, als Berichterstatter, ein eifriger Verfechter der Tracheotomie. Die Académie sprach ihr Urteil mit grosser Stimmenmehrheit in folgenden beiden Sätzen aus[1]:

1. Die Tubage des Larynx, wie sie bis jetzt angewendet worden ist, scheint weder nützlich noch gefahrlos genug, um die Beistimmung der Académie zu verdienen.

2. Die Tracheotomie ist bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft das einzige Mittel gegen Croup, wenn Medikamente sich unwirksam erwiesen haben.

So fand die Bouchut'sche Tubage keine Aufnahme und verfiel in Vergessenheit.

---

1. Gesenius, Schmidt's Jahrbücher, 1859.

Nach 3 Decennien wurde in Amerika eine im Prinzip dem Bouchut'schen Verfahren ganz identische Methode, mittelst einer Röhre die Gefahren der Verengerung des Kehlkopfes durch diphtherische Membranen zu beseitigen, zum zweiten Male von O'Dwyer ersonnen.

Im Jahre 1885 veröffentlichte er seine „Intubation of Larynx", die er 5 Jahre eingehend studiert, mehrfach angewendet und mit einem bestimmten Instrumentarium ausgerüstet hatte.

Die Methode hatte schon in Amerika mehrfach Anhänger gefunden und ermutigende Resultate gezeitigt.

Die in erster Zeit allmählich durch Verbesserung sowohl des Instrumentariums, als auch der Technik bei den intubierten Croup-Fällen erzielten besseren Heilungsresultate veranlassten bald einzelne Kliniker und Kinderärzte, die Intubation als eine mit der Tracheotomie konkurrierende ev. sogar dieser überlegene Behandlungsweise zu betrachten; es blieb aber bis zur Einführung der Serumtherapie bei der Diphtherie die Tracheotomie die souveräne Methode der Croupbehandlung, während die Intubation sich nur auf leichtere und besonders geeignete Fälle beschränkte.

Erst durch die Serumbehandlung hat die Intubation mehr Ausdehnung gewonnen, da es jetzt gelingt, die diphtherische Erkrankung des Kehlkopfes in kürzerer Zeit zu heilen, sodass nach Entfernung des Tubus die Lebensgefahr beseitigt ist.

Im folgenden möge es mir gestattet sein, die in der Berliner Kinderklinik des Herrn Prof. Heubner von Okt. 1894 bis Okt. 1898 mit dem Behringschen Diphtherieheilserum behandelten und wegen Larynxstenose operierten Fälle näher zu beschreiben.

Nach der Art der operativen Behandlung zerfallen sämtliche Fälle in 3 Gruppen, nämlich nur Intubierte, Intubierte und nachträglich Tracheotomierte und primär Tracheotomierte. Dementsprechend sind die tabellarischen Krankengeschichten in diesen drei Gruppen zusammengestellt. Den Verlauf der Intubation habe ich versucht möglichst ausführlich darzustellen, um ein klares

Bild ihres Verlaufes zu geben. Ein Vergleich der Heilungsresultate mit denen anderer Kliniken würde zu weit führen; an seiner Stelle möge am Schluss eine Zusammenstellung der diesbezüglichen Litteratur folgen.

Die Gesamtzahl der von Okt. 1894 bis Okt. 1898 mit Serum behandelten Diphtheriekranken beträgt 694. Davon zeigten 222 die Erscheinungen des Croups (= 32 %). Bei 75 Fällen (= 10,6 %) gingen die croupösen Erscheinungen ohne künstliche Hilfe zurück, bei 147 (= 20,88 %) Fällen musste zu operativen Eingriffen geschritten werden, und zwar bei 90 Fällen (= 61,5 %) zur Intubation, bei 38 Fällen (= 25,2 %) zur Intub. u. Tracheot., und bei 19 Fällen (= 13,6 %) zur primären Tracheotomie.

Bei sämtlichen Kranken wurde das Serum gleich nach der Aufnahme injiziert und Diphtheriebazillen mikrosk. und kulturell mit drei Ausnahmen in allen Fällen nachgewiesen. Bei den erwähnten drei Fällen war die Diagnose als Diphtherie aus den klinischen Symptomen sicher. Anfänglich wurde die Intubation ausschliesslich primär angewendet; es wurde keine Auswahl getroffen; bald aber wurde die Tracheotomie primär angewendet, 1. bei den Kindern, die im 1. Lebensjahre standen, 2. bei hochgradig geschwächten Kindern. Bei den Kindern, deren Rachenorgane so hochgradig geschwollen waren, dass der Eintritt der Luft durch Mund und Nase unmöglich war, wurde ebenfalls von Anfang an die Tracheotomie primär angewendet.

Als Indikation zur Operation gilt die Verengerung des Kehlkopfes in solcher Stärke, dass Cyanose und Lufthunger eintritt, als Massstab dient das Aussehen und Benehmen des Kindes (blaue Lippen, ängstlicher Gesichtsausdruck, starke Unruhe, tiefe Einziehungen im Iugulum und Epigastrium.

So lange das Kind zwar angestrengt atmet, aber dabei ruhig liegt und nicht zu sehr cyanotisch ist, gilt die Operation als nicht indiziert.

Als Indikation für die sekundäre Tracheotomie gilt

1. wenn der Tubus über 100 Stunden liegt und nicht ohne erneute Atemnot entfernt werden kann,

2. wenn die Intubation keine Atmungserleichterung schafft.

3. in seltenen Fällen, wenn das Kind sehr unruhig ist und immer wieder den Tubus aushustet.

Die Mortalitätsverhältnisse aller operierten Fälle.

a) Im allgemeinen.

Von den gesamten 147 operierten Fällen sind 78 geheilt und 69 gestorben; dies ergiebt eine Mortalität von 46,9%. Intubiert wurden, inclus. sekundär Tracheotomierte, 128 Kinder, davon wurden geheilt 72, es starben 56 Kinder: Mortalität 43,7%. Nur intubiert wurden 90 Kinder, davon wurden geheilt 63, es starben 27 Kinder: Mortalität 30,0%. Intub u. tracheotom. wurden 38 Kinder, davon geheilt 9, gestorben 29 Kinder: Mortalität 76,8%. Primär tracheotomiert wurden 19 Kinder, davon geheilt 6, gestorben 13 Kinder: Mortalität 68,4%.

Von den primär Tracheotomierten und den Intubiert. u. Tracheot. wurde je ein Kind mit einer Trachealfistel entlassen, ambulatorisch weiter behandelt und geheilt, 2 Kinder wurden wegen granulöser Wucherungen im Narbengebiet zur chirurg. Station behufs Operation verlegt.

Unter den primär Tracheotomierten waren 5 Kinder ausserhalb tracheotomiert, davon sind 4 gestorben.

b) In Bezug auf Jahre und Monate. (Tabelle I.)

Die Mortalität der sämtlichen operierten Fälle schwankt in den einzelnen Jahren, wie aus der Tabelle No. I ersichtlich ist, zwischen 40,0% und 66,0%. Das Maximum der Mortalität 66%, bei 18 Kranken, fällt auf das Jahr 1898, das Minimum mit 40,0%, bei 50 Kranken, auf das Jahr 1897.

Die Mortalität aller Diphtheriefälle in den einzelnen Jahren, sowohl der Operierten als der nicht Operierten, zeigt folgende Tabelle (S. 9):

1894 von Okt. an	Gesamtfälle 45,	geh. 37,	gest. 8[1],	Mort. 17,7 %
1895	- 257,	- 214,	- 43,	- 15,9 -
1896	- 127,	- 105,	- 22,	- 17,2 -
1897	- 146,	- 112,	- 34,	- 23,2 -
1898 bis Okt.	- 119,	- 92,	- 27,	- 22,7 -

Hiernach sind die Schwankungen der Mortalität aller Diphtheriefälle nicht so gross wie die der operierten Kranken; die Differenz zwischen Maximum und Minimum beträgt bei ersteren 7,3 %, bei den Operierten 26,0 %.

Es ist ferner zu bemerken, dass die Mortalität nicht entsprechend der Aufnahmefrequenz steigt, sondern atypisch. So fällt z. B. das Maximum der Aufnahmen mit 257 Kindern auf das Jahr 1895. Die Mortalität derselben beträgt 16,9 %, das Maximum der Mortalität 23,2 % fällt hingegen auf das Jahr 1897 bei nur 146 Aufnahmen.

Wenn wir bei den operativ Behandelten die Gestorbenen mit den insgesamt Gestorbenen in den einzelnen Jahren vergleichen, so ergiebt sich folgende Prozentzahl:

1894	Gesamt.-Gest. 8,	oper. Gest. 4	= 50 %	der Ges.-Gest.
1895	- - 43,	- - 20	= 46,5 -	-
1896	- - 22,	- - 13	= 59,0 -	-
1897	- - 34,	- - 20	= 58,8 -	-
1898	- - 27,	- - 12	= 44,5 -	-
Summa	- - 134,	- - 69	= 51,5 -	-

Wie hieraus ersichtlich ist, weichen die Mortalitätsverhältnisse zwischen allen Gestorbenen und operiert Gestorbenen in den einzelnen Jahren nicht sehr beträchtlich von einander ab; im ganzen machen die Todesfälle der operativ Behandelten die Hälfte der insgesamt Gestorbenen.

Nach Monaten betrachtet fällt die höhere Mortalität und Frequenz der aufgenommenen Kranken mit Larynxdiphtherie auf die Monate Oktob. (56 % bei 16 Kr.), Novemb. (61,5 % bei 13 Kr.), Decemb. (58 % bei 24 Kr.), Januar (56,0 % bei 17 Kr). Dagegen fällt auf die Monate Juni und

1. Es sind hierin alle Todesfälle, auch solche, die bei Doppelinfektionen (z. B. Diphtherie mit Masern, Scharlach etc.) auftreten, eingerechnet.

Juli die niedrigste Mortalität, auf den Juni 20% bei 5 Kr., auf den Juli 16,5% bei 6 Kr.

c) In Bezug auf das Geschlecht. (Tabelle II.)

Unter den gesamten 147 operierten Fällen waren 66 Knaben = 44,9% und 81 Mädchen = 55,1%. Die Knaben zeigen, wie aus der Tabelle ersichtlich ist, im ganzen eine um 6% kleinere Mortalität als die Mädchen; bezüglich der verschiedenen Operationsverfahren verhält es sich folgendermassen:

Die nur intubierten Knaben zeigen eine um 4,5% kleinere Mortalität, die Intub. und Tracheot. eine um 13,1% kleinere als die Mädchen. Bei primär Tracheotomierten dagegen zeigen die Mädchen eine um 24,3% kleinere Mortalität als die Knaben.

Tabelle II. Übersicht der Operationen nach dem Geschlecht.

Art der Operation.	Knaben		Mädchen		Knaben Mortal.	Mädchen Mortal.
	Geh.	†	Geh.	†		
Intubiert.	29	11	34	16	27,5 %	32,0 %
Intub. u. Trach.	5	11	4	18	68,7 %	81,8 %
Tracheoto.	2	8	4	5	80,0 %	55,5 %
Summa	36	30	42	39	42,4 %	48,1 %

Was die Häufigkeit der einzelnen Operationsverfahren bei beiden Geschlechtern betrifft, so zeigen sich ziemlich dieselben Verhältnisse; von 66 Knaben wurden nur intubiert 40 = 60,6%, von 81 Mädchen 50 = 61,7%, intub. und tracheot. von Knaben 16 = 24,2%, von Mädchen 22 = 27,2%, primär tracheotomiert von Knaben 10 = 15,5%, von Mädchen 9 = 11,1% Mortalität.

d) In Bezug auf das Lebensalter. (Tabelle III.)

Die sämtlichen 147 operativ behandelten Kinder befanden sich im Alter von 1—11 Jahren. Das Hauptkontingent stellen das 1.—2. Lebensjahr mit 38 Fällen = 25,8%. Die nächst höchste Frequenz zeigte das Alter von 2—3 und 3—4 Jahren, 27 und 19 = 18,3 und 12,9% sämtlicher Operierter.

Tabelle III. Übersicht der Operationen nach dem Lebensalter von Okt. 1894 bis Okt. 1898.

Alterklassen	Intubat.		Intubation u. Tracheot.		Trach.		Summa		Mortalit. in % der gesammten Fälle	Mortalt. in % der Intubation.	Mortal. i. % der Intu. u. Tracheot.	Mortal. in % d. Trach.
	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†				
0—1	1	4	—	3	1	4	2	11	84,0	80,0	100,0	80,0
1—2	12	7	1	12	3	3	16	22	57,9	37,0	92,3	50,0
2—3	16	7	3	—	1	—	20	7	25,9	30,4	0,0	0,0
3—4	7	3	4	2	—	3	11	8	42,1	30,0	33,3	100,0
4—5	8	2	—	3	—	—	8	6	42,8	20,0	100,0	—
5—6	6	2	1	3	—	2	7	7	50,0	25,0	75,0	100,0
6—7	7	2	—	4	—	—	7	6	46,1	22,2	100,0	—
7—8	1	—	—	1	1	1	2	3	60,0	0,0	100,0	50,0
8—9	2	—	—	1	—	—	2	1	33,3	0,0	100,0	—
9—10	2	—	—	—	—	—	2	—	0,0	0,0	—	—
10—11	1	—	—	—	—	—	1	—	0,0	0,0	—	—
Summa	63	27	9	29	6	13	78	69	46,9			

Wenn wir alle im Alter von 1—4 Jahren operativ behandelten Kinder zusammen rechnen, machen sie 57,0% derselben aus. Bei den nur intubierten Kindern zeigt das Maximum der Mortalität das 1. Lebensjahr, von 5 Kindern starben 4 = 80,0%. In diesem Lebensjahr wurden intub. und tracheot. 3 Kinder, welche sämtlich starben, die primär tracheotomierten Kinder dieses Lebensjahres zeigen dieselbe Mortalität wie die nur intubierten Kinder; von 5 Kindern starben 4 = 80%.

Die Mortalität bei nur intubierten Kindern sinkt parallel mit den zunehmenden Lebensjahren, vom 7.—11. Lebensjahr sind sämtliche Kinder (6) geheilt. Bei den Intub. und Tracheotomierten uud ebenso bei den primär Tracheotom. zeigt die Mortalität nach den Lebensjahren keinen besonderen Zusammenhang, z. B. sind von den Intub. und Tracheot. im 2.—3. Lebensjahr sämtliche Kinder geheilt, im 6.—7. Lebensjahr sämtliche 4 Kinder gestorben, im 5.—6. Lebensjahr ist die Mortalität 75,0%, im 3.—4. Lebensjahr 33,3% u. s. w.

e) In Bezug auf den Tag der Erkrankung bei der Operation. (Tabelle IV.)

Die sämtlichen 147 Fälle mussten am Tag der Aufnahme operiert werden, meist sofort bei der Aufnahme, seltener innerhalb 24 Stunden nach derselben.

Tabelle IV. Übersicht über die Operation mit Bezug auf den Tag der Erkrankungen:

Tag d. Krankht.	Intubation.		Intub. u. Trach.		Tracheot.		Summa.		Mortalität in %
	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	
I	—	—	1	1	—	—	1	1	50,0
II	4	5	1	5	—	3	5	13	72,2
III	12	3	2	5	1	2	15	10	40,0
IV	9	7	2	4	—	1	11	12	52,1
V	6	4	—	3	2	1	8	8	50,0
VI	7	2	—	3	—	—	7	5	41,6
VII	3	2	—	3	—	—	3	5	62,5
VIII	3	—	—	2	1	—	4	2	33,3
IX	6	—	2	—	—	—	8	—	0,0
X	1	—	—	—	—	..	1	—	0,0
XI	2	1	—	2	—	1	2	4	66,6
XII	—	—	—	—	—	—	—	—	—
XIII	—	—	—	—	—	..	—	—	—
XIV	1	—	—	--	—	—	1	—	0,0
XV	—	—	1	—	—	—	1	—	0,0
XVI	—	—	—	—	—	1	—	1	100,0
?	9	3	—	1	2	4	11	8	42,1

Die meisten Fälle wurden am II.—VIII. Tage der Erkrankung zur Behandlung gebracht (102 Kinder); am VIII.—XVI. Krankheitstage standen 24.

19 Kinder wurden ohne Angabe des Tages der Erkrankungen eingeliefert.

Von den nach dem VII. Krankheitstage eingelieferten Kindern wurden alle geheilt bis auf ein am XI. Krankheitstage zur Behandlung gekommenes Mädchen, welches starb.

Wenn wir die am VIII.—XIV. Tag der Erkrankung nur mit Intubation behandelten Kinder im ganzen betrachten, so ergiebt sich (bei 14 Kindern) 7,0% Mortalität, während bei den am II.—VIII. Tag der Erkrankung intubierten 64 Kindern 36% Mortalität besteht; es zeigt sich also eine Mortalitätsdifferenz von 29,0%.

In gleicher Weise ergiebt sich bei den Intub. und tracheot. Fällen eine Mortalitätsdifferenz von 23,0%, bei primär Tracheotomierten beträgt diese Differenz dagegen nur 3,4%; allerdings ist die Zahl der primär Tracheotomierten klein.

Die Thatsache, dass die an späteren Tagen der Erkrankung aufgenommenen Kinder eine geringere Mortalität zeigen, als die in den ersten Tagen zur Behandlung gekommenen, erklärt sich aus der geringen Virulenz der D-B. bei den ersteren, sodass der Organismus viele Tage lang bereits den Schädigungen des von ihnen produzierten Toxins hatte widerstehen können.

Gehen wir jetzt über zur speziellen Beschreibung der Intubation (Tabelle V).

Von 90 nur intubierten Kindern wurde bei 48 = 53,3 % die Stenose durch einmaliges Einführen des Tubus in den Larynx beseitigt. Davon sind 33 geheilt, 15 gestorben: Mortalität 31,2 %. Es wurde der Tubus von 8 Kindern nach verschieden langer Zeit (bis 51 Stunden) mit Membranfetzen oder Schleimmassen ausgehustet, und die Atmung blieb danach dauernd frei. Bei 6 Kindern wurde der Tubus verschieden lange nach dem Einführen (bis 80 Stunden) wegen der Verstopfung desselben durch Schleimmassen oder Membranen herausgenommen, ein nochmaliges Einführen des Tubus war nicht notwendig. Bei einem Kinde wurde der Faden 80 Stunden nach der Einführung durchgebissen und deshalb der Tubus herausgenommen.

Bei 9 Kindern ist der Exitus innerhalb 2—72 Stunden nach der Einführung des Tubus eingetreten; der Tubus lag dabei gut, die Atmung war frei.

Bei 24 Kindern konnte der Tubus je nach dem Zustande des Kindes 24—93 Stunden nach der Einführung dauernd entfernt werden.

Von 90 nur intubierten Kindern musste bei 19 Fällen = 21,1 % die Intubation 2 mal vorgenommen werden. Davon sind 12 geheilt, 7 gestorben: Mortalität 36,8 %.

Es wurde der Tubus 3 mal sofort, 5 mal im Laufe von 1—10 Stunden nach der Einführung ausgehustet. 2 mal wurde derselbe vom Kinde herausgerissen, 6 mal nach der ersten Intubation und 3 mal nach der zweiten wegen Verstopfung desselben herausgenommen. 14 mal wurde je nach dem Zustande des Kindes im Laufe von 11—62 Stunden nach der Einführung der Tubus entfernt. 4 mal trat Exitus

Tabelle V. Uebersicht über die Zahl und Dauer der

A. nur Intubierte.

Es wurden intubiert.	0—1		1—2		2—3		3—4		4—5		5—6		6—7		7—8	
	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†
1 ×	—	4	6	5	9	2	4	2	3	1	5	1	3	—	1	—
2 ×	—	—	2	1	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	—	—
3 ×	1	—	1	—	3	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
4 ×	—	—	2	—	1	—	—	—	3	—	—	—	1	1	—	—
5 ×	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6 ×	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

B. Intubierte und nachträglich Tracheotomierte.

Es wurden intubiert u. d. tracheot.	0—1		1—2		2—3		3—4		4—5		5—6		6—7		7—8	
	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†
1 ×	—	2	1	4	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	—	—
2 ×	—	1	—	4	1	—	2	1	—	—	—	2	—	1	—	—
3 ×	—	—	—	2	1	—	1	—	—	2	—	1	—	—	—	1
4 ×	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
5 ×	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6 ×	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

nach der 2. Intubation ein, während noch der Tubus im Larynx lag, 1 mal wurde der beim Husten herausgewürgte Tubus verschluckt (ohne nachteilige Folgen).

Bei 10 Kindern (= 11,2%) musste die Intubation 3 mal vorgenommen werden. Davon sind 8 geheilt, 2 gestorben: Mortalität 20,0%. 14 mal wurde von ihnen der Tubus ausgehustet, 1 mal herausgerissen, 4 mal wegen Verstopfung herausgenommen, 10 mal je nach dem Zustande des Kindes 21—74 Stunden nach der Einführung entfernt, 1 mal trat Exitus nach der 3. Intubation ein, während noch der Tubus im Larynx lag.

Bei 9 Kindern (= 10,0%) wurde die Intubation 4 mal vorgenommen. Davon sind 8 geheilt, 1 gestorben: Mortalität 11,1%. Der Tubus wurde 14 mal ausgehustet, 2 mal herausgerissen, 1 mal wegen Durchbeissung des Fadens und 10 mal wegen Verstopfung herausgenommen, 9 mal je nach

Intubationen nach dem Lebensalter der einzelnen Kinder.

8—9		9—10		10—11		Summa		Mortalität in %	Frequz. in %	Dauer der Intubation in Std.		Tubus lag am	
Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†	Geh.	†			i. Ganz.	i. Durchschnitt.	kürzsten	längsten
1	—	1	—	—	—	33	15	31.2	53.3	1872	39.0	1/4	93
—	—	1	—	—	—	12	7	36.8	21.1	823	43.3	5	110
—	—	—	—	1	—	8	2	20.0	11.1	515	51.5	3	101
1	—	—	—	—	—	3	1	11.1	10.0	551	61.2	15	159
—	—	—	—	—	—	2	1	33.3	3.3	129	43.0	41	45
—	—	—	—	—	—	—	1	100.0	1.1	64	64.0	64	64

8—9		9—10		10—11		Summa		Mortalität in %	Frequz. in %	Dauer d. Tubage in Std.		Tubus lag am	
Geh.	†	Geh	†	Geh.	†	Geh.	†			i. Ganz.	i. Durchschnitt.	kürzsten	längsten
—	—	—	—	—	—	1	10	90.9	28.9	133	12.1	1	92
—	1	—	—	—	—	3	10	77.0	34.4	143	11.0	1 1/2	38
—	—	—	—	—	—	2	6	75.0	21.1	436	54.5	1	195
—	—	—	—	—	—	1	1	50.0	5.1	17	8.5	7 1/2	9 1/2
—	—	—	—	—	—	1	1	50.0	5.1	127 1/2	64.5	4 1/2	124
—	—	—	—	—	—	1	1	50.0	5.1	125	62.5	35	90

dem Zustande des Kindes 24—60 Stunden nach der Einführung entfernt.

Bei drei 5 mal intubierten Kindern (= 3,3 %) wurde der Tubus 11 mal ausgehustet, einmal herausgerissen, 3 mal je nach dem Zustande des Kindes 12—24 Stunden nach der Einführung entfernt. Die Mortalit. betrug bei diesen 33,3 %.

Bei einem 6 mal intubierten Kinde wurde der Tubus 2 mal ausgehustet, einmal versuchsweise entfernt, 3 mal wegen Verstopfung herausgenommen; es starb.

Von 38 intub. u. tracheot. Kindern wurden vor der Tracheotomie einmal intubiert 11 Kinder (= 28,9 %), Mortalität 90,9 %, 2 mal 13 Kinder (= 34,4 %), Mortalität 77 %, 3 mal 8 Kinder (= 21 %), Mortalität 75 %, 4 mal 2 Kinder (= 5,1 %), Mortalität 50 %, 5 mal 2 Kinder (= 5,1 %), Mortalität 50 %, 6 mal 2 Kinder (= 5,1 %), Mortalität 50 %.

Bei 11 einmal intubierten Kindern wurde der Tubus 3 mal ausgehustet, 6 mal wegen Verstopfung herausgenommen, einmal 92 Stunden nach der Einführung entfernt und einmal verschluckt.

Bei 13 zweimal intubierten Kindern wurde der Tubus 7 mal ausgehustet, einmal vom Kind herausgerissen, 15 mal wegen Verstopfung desselben und 2 mal wegen Durchbeissung des Fadens herausgenommen, einmal versuchsweise entfernt.

Bei 8 dreimal intubierten Kindern wurde der Tubus 6 mal ausgehustet, 3 mal vom Kinde herausgerissen, 5 mal wegen Verstopfung desselben und 2 mal wegen Durchbeissung des Fadens herausgenommen, 7 mal je nach dem Zustande des Kindes 39—74 Stunden nach der Einführung entfernt. Einmal wurde der Tubus verschluckt.

Bei 2 viermal intubierten Kindern wurde der Tubus 6 mal ausgehustet, 2 mal wegen Verstopfung desselben entfernt.

Bei 2 fünfmal intubierten Kindern wurde der Tubus 4 mal ausgehustet, 2 mal vom Kinde herausgerissen, einmal wegen Verstopfung desselben herausgenommen, bei einem Kinde 3 mal versuchsweise in Intervallen von 36, 37 und 48 Stunden entfernt.

Bei 2 sechsmal intubierten Kindern wurde der Tubus 9 mal wegen Verstopfung und einmal wegen Durchbeissung des Fadens herausgenommen, 2 mal je nach dem Zustande des Kindes versuchsweise entfernt.

Wenn wir die sämtlichen Intubationen und die Dauer derselben im ganzen betrachten, so fällt bei den nur Intubierten auf jedes einzelne Kind 1,9 Intubation mit einer Dauer von 22,8 Stunden, d. h. der Tubus lag durchschnittlich bei jedem einzelnen Kinde 43,9 Stunden im Larynx.

Bei den Intub. u. Tracheot. fallen auf jedes einzelne Kind 2,4 Intubation mit einer Dauer von 10,7 Stunden, d. h. der Tubus lag durchschnittlich bei jedem einzelnen Kinde vor der Tracheotomie 29,9 Stunden.

Wenn wir dasselbe bei Geheilten und Gestorbenen getrennt betrachten, so entfallen auf jedes gestorbene Kind bei nur Intubierten 1,8 Intubationen mit einer Dauer von 17,3 Stunden, d. h. der Tubus lag durchschnittlich bei dem einzelnen gestorbenen Kinde 32 Stunden. Auf jedes geheilte Kind entfallen 1,9 Intubationen mit einer Dauer von 25 Stunden, d. h. der Tubus lag durchschnittlich bei jedem einzelnen geheilten Kinde 48 Stunden.

Bei den Intub. u. Tracheotomierten fallen auf jedes gestorbene Kind 2,2 Intubationen mit einer Dauer von 13 Stunden, d. h. der Tubus lag durchschnittlich bei jedem einzelnen gestorbenen Kinde vor der Tracheotomie 28,3 Stunden. Bei den Geheilten kommen auf jedes einzelne Kind 3,1 Intubationen mit einer Dauer von 5,6 Stunden, d. h. der Tubus lag durchschnittlich bei jedem einzelnen geheilten Kinde vor der Tracheotomie 17,4 Stunden.

Bei den nur intubierten Kindern dauerte die längste Intubation 159 Stunden und zwar bei einem $8^1/_2$jährigen Kinde; es wurde im Laufe von 10 Tagen 4 mal intubiert und in Intervallen von 60, 54, 25 und 20 Stunden extubiert; das Kind wurde geheilt entlassen ohne Zwischenfälle.

Die nächst kürzere Intubation dauerte 110 Stunden, und zwar bei einem 3jährigen Kinde; es wurde im Laufe von vier Tagen 2 mal intubiert und in Intervallen von 50 und 60 Stunden extubiert. Das Kind wurde geheilt entlassen.

Die drittlängste Intubation dauerte 101 Stunden, und zwar bei einem dreijährigen Kinde; es wurde im Laufe von vier Tagen 3 mal intubiert und in Intervallen von 21, 46 und 34 Stunden extubiert; es trat bei diesem Kinde Pneumonie der unteren Lungenlappen hinzu; es wurde geheilt entlassen.

Bei den Intub. u. Tracheotomierten dauerte die längste Intubation vor der Tracheotomie 195 Stunden und zwar bei einem $1^3/_4$jährigen Kinde; es wurde im Laufe von 9 Tagen 3 mal intubiert und in Intervallen von 58, 63 und 74 Stunden extubiert. Nach der letzten Extubation wurde es wegen noch bestehender Stenose tracheotomiert.

Das Kind starb einen Tag nach der Operation. Bei der Obduktion zeigten sich Dekubital - Geschwüre des Larynx. Die Todesursache war Bronchopneumonia multiplex. (Nr. 29 B.)

Die nächst kürzere Intubation vor der Tracheotomie dauerte 125 Stunden und zwar bei einem zweijährigen Kinde, es wurde im Laufe von 6 Tagen 5 mal intubiert und in Intervallen von 36, 37 und 48 Stunden extubiert, es wurde 1 mal der Tubus 2 Stunden nach dem Einführen ausgehustet. Die Tracheotomie musste 1 Stunde nach der letzten Intubation, während noch der Tubus im Larynx lag, vorgenommen werden. Das Kind starb 8 Tage nach der Operation. Bei der Obduktion zeigten sich Dekubitalgeschwüre an der vorderen Kehlkopfwand. Die Todesursache war Bronchopneumonia multiplex. (No. 7 B.)

Die drittlängste Intubation vor der Tracheotomie dauerte 124 Stunden, und zwar bei einem dreijährigen Kinde, es wurde im Laufe von 38, 47 und 39 Stunden extubiert, 6 Stunden nach der letzten Extubation wegen Atemnot und Einziehungen die Tracheotomie vorgenommen. Pat. wurde später wegen noch bestehender Stenose eine Zeitlang intubiert und schliesslich wegen der Annahme einer granulosen Wucherung im Narbengebiet, behufs weiterer Operation, zur chir. Station verlegt; von dort geheilt entl.

Komplikationen von Seiten der Lungen.

Von sämtlichen operativ behandelten Fällen wurden bei 60 Kranken (= 41,5%) ernste Komplikationen von Seiten der Lungen beobachtet. Davon sind 49 gestorben (= 80,3%). Bei 9 Kindern wurden nur leichte krankhafte Erscheinungen, wie rauhes vesikul. Atmen, Giemen und Schnurren u. s. w. bei der Aufnahme beobachtet, die aber im Verlaufe der Krankheit ohne besondere Bedeutung blieben.

Von den 60 mit Lungenerkrankungen komplizierten Fällen betrafen 28 nur Intubierte (= 31,0% der sämtlich nur Intubierten), 22 Intub. und Tracheotomierte (= 58% der sämtlich Intub. und Tracheot.) und 11 primär Tracheotomierte (= 58% der sämtlich primär Tracheotom.).

Von den 28 nur Intubierten und mit Lungenerkrankung komplizierten Fällen zeigten 12 Kinder die krankhaften Erscheinungen seitens der Lunge schon bei der Aufnahme.

Davon wurden 3 Kinder, die mit diffusen bronchopneumonischen Herden beider Lungen zur Aufnahme kamen, geheilt entlassen, die übrigen 9 Kinder starben. Bei der Obduktion fand sich bei 7 Kindern Bronchopneumonia multiplex, bei einem Kinde Bronchopneumonia partium ulcerosa und Bronchitis catarrhalis. 1 Kind zeigte tuberkulose Infiltration beider Lungen, besonders der Unterlappen und Bronchitis fibrinosa.

Bei 12 Kindern sind die krankhaften Erscheinungen seitens der Lunge erst im Laufe der Krankenhausbehandlung zur Beobachtung gekommen. Davon wurden 6, die an verschiedenen Partien der Lunge bronchopnomonische und katarrhalische Herde zeigten, geheilt, die übrigen starben.

Bei der Obduktion zeigten 5 Kinder Bronchopneumonia multiplex, ein Kind wurde auf Wunsch der Eltern nicht eröffnet.

Vier Kinder starben im Laufe von 24 Stunden nach der Aufnahme; die Obd. ergab bei allen schwere entzündliche Veränderungen der Lungen.

Von 22 intub. und tracheotomierten und mit Lungenerkrankungen komplizierten Fällen hatten 10 Kinder dieselben schon bei der Aufnahme gezeigt. Davon wurde ein Kind, nachdem es 10 Tage lang katarrhalische Erscheinungen gehabt hatte, geheilt, 9 Kinder starben; bei 7 Obduzierten wurde 5 mal Bronchopneumonia multiplex beobachtet, 2 mal absteigender Croup.

Bei 11 Kindern traten die Lungenerkrankungen erst im Laufe der Behandlung auf, sämtliche starben. Bei 8 Obduzierten wurde jedesmal Bronchopneumonia multiplex beobachtet.

Ein Kind starb am Tage der Aufnahme, bei der Obduktion fand sich Hyperaemia pulmonum und Bronchitis catarrhalis.

Von den 10 primär tracheotomierten und mit Lungenerkrankungen komplizierten Fällen hatten 4 Kinder schon bei der Aufnahme dieselben. Diese sind sämtlich gestorben; bei 2 Obduzierten wurde jedesmal Bronchopneumonia multiplex beobachtet.

Bei 5 Kindern waren die Lungenerkrankungen erst im Laufe der Diphtherie eingetreten; eins davon ist geheilt worden, 4 sind gestorben. Bei der Obduktion wurde 1 mal Bronchitis capillaris, atelectasis pulm. und hyperaemia und oedema pulmonum, 1 mal Bronchitis purulenta und atelectasis multipl., 1 mal Bronchopneumonia multiplex, 1 mal absteigender Croup beobachtet.

Ein Kind ist im Laufe von 24 Stunden nach der Aufnahme gestorben; bei der Obduktion zeigten sich diffuse bronchopneumonische Herde.

Komplikationen mit anderen Erkrankungen.

Sechs Kinder waren schon vor der Diphtherieerkrankung wegen verschiedener anderer Erkrankungen in der Kinder-Klinik in Behandlung. Diese Fälle sind als Hausinfektion zu bezeichnen.

Zwei Kinder waren wegen Masern aufgenommen, erkrankten an Diphtherie und starben. Die operative Behandlung bei beiden Kinder bestand in der Intubation mit folgender Tracheotomie. (No. 31 u. 1.)

Ein Kind war wegen Pleuritis in Behandlung. Die operative Behandlung der zutretenden Diphtherie bestand in der Intubation (No. 28), das Kind starb.

Ein Kind war wegen Idiotie aufgenommen und erkrankte an larvierter Diphtherie mit Stenosenerscheinungen.[1] Die operative Behandlung bestand in der Intubation (No. 75), das Kind starb.

Ein Kind war wegen Rachitis eingeliefert; hinzu traten Otitis media dupl., dann Masern, zuletzt Diphtherie mit rasch eingetretenem Larynxcroup, welcher die Intubation erforderlich machte (No. 85), das Kind starb.

1. Slawyk. Ueber die Immunisierung kranker Kinder mit Behrings Heilserum. D. m. W. 98. No. 6.

Ein Kind war wegen Skrophulose in Behandlung. Die operative Behandlung der zutretenden Diphtherie bestand in der Intubation mit folgender Tracheotomie (No. 33), das Kind starb.

Drei Kinder waren vor der Diphtherieerkrankung auswärts wegen anderer Erkrankungen in Behandlung und zwar ein Kind wegen tuberkulöser Peritonitis (mit Laparotomie behandelt), es erkrankte an Diphtherie, wurde ausserhalb tracheotomiert, dann hier eingeliefert. Der Tod erfolgte an allgemeiner Körperschwäche (No. 13).

Ein Kind war wegen Osteomyelitis ausserhalb in Behandlung, hinzu kamen Masern, dann Diphtherie; es wurde geheilt. Die operative Behandlung bestand in der Intubation (No. 56).

Ein Kind war wegen eines Ohrenleidens in Behandlung. Die operative Behandlung bestand in der Intubation mit folgender Tracheotomie. Der Tod erfolgt an Pneumonie mit allgemeiner Pneumokokken-Sepsis (No. 35).

Vor der Diphtherie hatten 8 Kinder schon eine andere Erkrankung durchgemacht, und zwar waren 3 Kinder vor kurzer Zeit an Masern erkrankt; davon wurde eins geheilt, zwei starben. Die operative Behandlung bestand bei allen dreien in Intubation (No. 24, 30, 72).

Ein Kind war vor 4 Wochen an Masern erkrankt mit folgender Lungenentzündung. Es wurde geheilt. Die operative Behandlung bestand in Intubation.

Ein Kind war vor ca. 10 Wochen in der hiesigen Kinder-Klinik 6 Wochen lang wegen Bronchitis und Husten in Behandlung. 4 Wochen nach der Entlassung erkrankte es an Diphtherie. Die operative Behandlung bestand in der Intubation mit folgender Tracheotomie (No. 36). Heilung.

Ein Kind hatte vor 4 Wochen eine Drüsenentzündung unter dem rechten Ohre. Die operative Behandlung der zutretenden Diphtherie bestand in Intubation mit folgender Tracheotomie (No. 37). Gestorben.

Ein Kind war im vorhergehenden Jahre (1896) schon einmal an Diphtherie erkrankt, dann vor ca. 10 Wochen an Kopferysipel und war bis vor 6 Wochen in der Kinder-

Klinik wegen einer Nasenwurzelfistel in Behandlung. Die Diphtherieerkrankung machte die Intubation nötig (No. 65). Geheilt.

Ein Kind hatte vor ca. einem halben Jahr angeblich eine fieberhafte Lungenerkrankung durchgemacht; vor ca. 6 Wochen stellte sich Keuchhusten ein, seit 3 Tagen diphtherisch erkrankt. Die operative Behandlung bestand in der Intubation (No. 44). Heilung.

Bei 4 Kindern komplizierte sich die Diphtherie während der Behandlung mit anderen Krankheiten, und zwar in einem Falle mit Scarlatina, Heilung (Fall No. 82 A), zwei Kinder erkrankten an Masern, beide starben (Fall No. 18 B., 17 C.), ein Kind erkrankte an Influenza, Heilung (Fall No. 31 A).

Während der Behandlung wurden bei 17 Kindern Serumexantheme beobachtet; bei einem Kinde 2 mal. Bei 13 Kindern wurde Albuminurie konstatiert. Bei 3 Kindern traten Halsdrüsenabscesse ein, bei 4 Kindern musste die Paracentese des Trommelfells wegen Otitis-media-Exsudation gemacht werden.

Obduktionsbefunde.

Von 69 Gestorbenen wurde bei 48 die Obduktion gemacht und es fand sich

Lokalaffektion: 11 mal Laryngitis tracheitis et bronchitis fibrinosa, 7 mal Laryngitis et tracheitis fibrinosa, 3 mal tracheitis fibrinosa, 2 mal laryngitis fiibrinosa.

2 mal Diphtheria faucium, laryngis et tracheae, 11 mal Diphtheria faucium et laryngis, 9 mal Diphtheria laryngis, 8 mal Diphtheria faucium, 4 mal Diphtheria fere sanata.

Lungen: 30 mal Bronchopneumonia. 5 mal Pleuritis, und zwar 2 mal Pleuritis sicca, 1 mal Pleuritis purulenta, 1 mal Pleuritis fibrinosa und 1 mal Pleuritis ichorosa. 5 mal Bronchitis catarrhalis, 1 mal Bronchitis chronica, 1 mal tuberkulöse Infiltration der Lunge, 3 mal Oedema pulmonum, 3 mal Hyperaemia pulmonum, 3 mal Atelectasis part. pulm., 1 mal Abscessus pulm.

Herz: 10 mal Myocarditis parenchymatosa, 7 mal Dila-

tatio cordis, 1 mal Hypertrophia et dilatatio cordis, 1 mal anaemia cordis.

Unterleibsorgane: 22 mal Nephritis, und zwar 19 mal Nephritis parenchymatosa, 2 mal Nephritis haemorrhagica, 1 mal Nephritis chronica, 3 mal Hepatitis parenchymatosa, 1 mal Infiltration adiposa et Icterus hepatis, 2 mal Enteritis catarrhalis, 8 mal Hyperplasia folliculorum lienis.

Gehirn: 1 mal anaemia, 1 mal oedema cerebri.

Decubitus in der Trachea: 4 mal (No. 29, 9, 7, 2, B.)

Resumé.

Wie am Beginn gesagt wurde, zeigten von den innerhalb 4 Jahren (von Okt. 1894 bis Okt. 1897) behandelten 694 Diphtherie-Fällen 222 Kinder (= 32,0 %) die Erscheinungen des Croups. Davon gingen bei 75 Kindern die croupösen Erscheinungen unter den üblichen Massnahmen, sowie unter Injektion grosser Dosen Heilserum zurück. Die Massnahmen bestanden in 1. Bettruhe, 2. hydropathische Umschläge um den Hals, 3. täglich 1 Stunde Schwitzen, 4. bei ruhigen Kindern Inhalation von Aq. calc. u. dgl., 5. innerlich Nat. jod.

Die übrigen 147 Croupfälle mussten operiert werden. Davon waren bei der Aufnahme 5 Kinder im I., 138 Kinder im II., 4 Kinder im III. Croupstadium.

128 Kinder wurden intubiert. Bei 38 von diesen wurde sekundär die Tracheotomie notwendig. Es wurden davon 72 Kinder geheilt, 56 Kinder starben, mithin Mortalität 47,0 %.

Nur intubiert wurden 90 Kinder; davon wurden 63 geheilt, es starben 27, mithin Mortalität 30,0 %. Von den 38 intubierten und später tracheotomierten Kindern wurden geheilt 9, es starben 29, mithin Mortalität 76,0 %.

Primär tracheotomiert wurden 19 Kinder; davon waren 5 Kinder ausserhalb tracheotomiert; es wurden davon geheilt 6, es starben 13 Kinder, mithin Mortalität 68,4 %. Von den 5 ausserhalb Tracheotomierten sind 4 gestorben.

Die Mortalität sowohl der Operierten, als auch der Gesamtfälle, zeigt, für die einzelnen Jahre gesondert betrachtet, keine nennenswerten Schwankungen. Letztere

sind bei den Operierten grösser als bei den Nichtoperierten. Bei den operierten Fällen zeigte das Jahr 1898 das Maximum mit 66,0 %, das Jahr 1897 das Minimum mit 40 %. Bei den Gesamtfällen fiel das Maximum mit 23,2 % in das Jahr 1897, das Minimum mit 15,9 % in das Jahr 1895. Hier sei auch erwähnt, dass die Todesfälle der operativ Behandelten die Hälfte der Gesamttodesfälle ausmachen.

Nach den Monaten zeigen die kälteren Monate eine grössere Anzahl von Erkrankungen und eine höhere Mortalität als die wärmeren.

Nach dem Geschlecht betrachtet waren von sämtlichen operierten Fällen 66 (= 44,9 %) Knaben, 81 (= 55,1 %) Mädchen. Die Mortalität war im ganzen bei den Knaben um 6 % geringer als bei den Mädchen, bei den nur Intubierten um 4,5 %, bei den Intub. und Tracheot. 13,1 % geringer. Bei den primär Tracheotomierten dagegen zeigen die Mädchen eine um 24,3 % geringere Mortalität als die Knaben.

Die sämtlichen 147 operierten Kinder befanden sich im Alter von 1—11 Jahren. Das Hauptkontingent stellt das 1.—2. Lebensjahr; die im Alter von 1—4 Jahren befindlichen operativ behandelten Kinder machen 57,3 % der sämtlich Operierten aus.

Die Mortalität ist bei jüngeren Kindern eine höhere als bei älteren. Bei nur intubierten Kindern sinkt sie parallel mit den zunehmenden Lebensjahren. Bei den Intub. u. Tracheot. und ebenso bei den primär Tracheotomierten zeigt die Mortalität keinen besonderen Zusammenhang mit den Lebensjahren.

Was den Tag der Erkrankung im Vergleich zur Mortalität betrifft, so findet sich die auffällige Erscheinung, dass die früher zur Behandlung Gekommenen eine höhere Mortalität aufweisen (cf. Tab. IV p. 15). Diese Thatsache erklärt sich vielleicht aus der geringeren Virulenz der DB bei den später zur Behandlung Gekommenen.

Bei den sämtlichen Intubierten, inkl. sekundär Tracheotomierten, wurde durchschnittlich jedes Kind 2,1 mal intubiert, und der Tubus lag im Larynx durchschnittlich 38 Stunden.

Bei den nur Intubierten wurde jedes Kind durchschnittlich 1,9 mal intubiert und der Tubus lag im Larynx durchschnittlich 43,9 Stunden.

Bei den Intub. u. Tracheotomierten wurde jedes Kind im Durchschnitt 2,4 mal intubiert und der Tubus lag durchschnittlich 10,7 Stunden.

Von den 90 nur intubierten Kindern wurden intubiert 1 mal 47, 2 mal 19, 3 mal 10, 4 mal 9, 5 mal 3 Kinder und 6 mal 1 Kind.

Von den 38 Intub. u. Tracheotomierten wurden intubiert vor der Tracheotomie 1 mal 11, 2 mal 13, 3 mal 8, 4 mal 2, 5 mal 2 und 6 mal 2 Kinder.

Bei den nur intubierten Kindern zeigen die zweimal Intubierten das Maximum der Mortalität = 36,8%; die 4 mal Intubierten das Minimum = 11,1%.

Bei den Intub. u. Tracheotomierten zeigen die 1 mal intubierten Kinder das Maximum der Mortalität = 90,0%, die über 3 mal Intubierten das Minimum der Mortalität = 50,0%. Von diesen wurden 2 je 4 mal, 5 mal und 6 mal intubiert.

Ueber 100 Stunden waren 6 Kinder intubiert. Davon sind 2 gestorben; diese wurden auch sekundär tracheotomiert. Bei der Obdukt. zeigten sich Dekubitalgeschwüre am Larynx.

Die längste Zeit, welche der Tub. lag, betrug 195 St. (Kind starb), die nächstlängsten 159, 125 (geh.), 124 (starb), 110, 101 (geh.) Stunden.

Bei den nur Intubierten beträgt die Zahl der sämtlichen Intubationen 173.

Es wurde der Tubus

Ausgehustet	57 mal
Wegen Verstopfung entfernt	32 „
Vom Pat. herausgerissen	6 „
Wegen Durchbeissung des Fadens entfernt	2 „
Exitus trat ein, während noch der Tub. lag	14 „
Verschluckt	1 „
Absichtlich entfernt (extubiert)	61 „
Summa	173 mal

Bei den Intubiert. und Tracheotom. beträgt die Zahl der Intubationen vor der Tracheotomie 91. Es wurde der Tubus

Ausgehustet	26 mal
Wegen Verstopfung herausgenommen	38 „
Vom Pat. herausgerissen	7 „
Wegen Durchbeissung des Fadens entfernt	4 „
Verschluckt	2 „
Versuchsweise entfernt	14 „
Summa	91 mal

Die Anzahl der Komplikationen von Seiten der Lungen betrug 60. Davon wurden geheilt 12, es starben 49 = 80,3 % Mortalität.

Von 60 mit Lungenerkrankungen komplizierten Fällen betrafen 50 Intubierte, incl. der sekundär Tracheotomierten = 39,3 % der sämtlich Intubierten. Davon betrafen 28 Fälle die nur Intubierten und 22 die Intub. u. Tracheotomierten. Von den ersteren starben 19 Kinder: Mortalität 67,8 %, von den letzteren 21 Kinder: Mortalität 95,4 %. Zusammen geben sie 80 % Mortalität.

In 10 Fällen betrafen die Lungenkomplikationen primär Tracheotomierte = 53,6 % der sämtlichen primär Tracheotomierten. Davon starben 9 = 90 % Mortalität.

Bei den 40 Obduktionen fand sich 30 mal Bronchopneumonia multipl., einmal Bronchopneu. part. ichor. ulcerosa, einmal tuberkulöse Infiltration beider Lungen, 2 mal schwere entzündliche Veränderungen der Lungen, 3 mal absteigender Croup, einmal Bronchitis purulenta, 2 mal Bronchitis capillaris und Hyperaemia et Oedema pulm. 9 Kinder wurden auf Wünsche der Eltern nicht obduziert.

Komplikationen mit anderen Erkrankungen wurden bei 13 Kindern beobachtet, und zwar bei 4 Kindern war die Diphtherie die primäre Erkrankung, bei 9 Kindern die sekundäre.

Von den sekundär diphtherisch Erkrankten waren 6 Kinder in der hiesigen Kinderklinik wegen verschiedener Erkrankungen (p. 34) in Behandlung (Hausinfektion). Sie starben sämtlich. 3 Kinder waren in anderen Kranken-

häusern in Behandlung, davon starben 2 = 66,6 % Mortalität.

Von den primär diphtherisch erkrankten 4 Kindern starben 2 = 50 % Mortalität.

Vor der Diphtherie hatten 8 Kinder schon eine Erkrankung durchgemacht (p. 37). Davon starben 3 = 37,5 % Mortalität.

Krankengeschichten.

A. Nur Intubierte.

1. Martha E., 8 J. Aufg. 6. XI. 1894. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 4. XI. mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Husten. Stat.: Kräftiges Kind. Tonsillen sind sehr stark geschwollen und vollständig schmutzig-grau belegt. Urin stark sedimentiert, ohne Eiweiss. Atmung schnarchend und etwas angestrengt. Croupöser Husten. T. 38,6, P. 98, A. 28. Injekt. 2000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 7. XI. 1 mal, Tub. lag 0 Std. Verlauf: Nachts 7. XI. Atemnot und starke Cyanose. Intubation. Keine Erleichterung, der Tubus wird entfernt, erweist sich als verstopft. Pat. hustet Membranen aus. Atmung bleibt dauernd frei. Geheilt entlassen am 28. XI.

2. Martin Z., 2 J. Aufg. 7. XI. 1894. 8. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 31. XI. mit Husten, Schnupfen und Erbrechen. Später Beläge im Halse. Seit 4 Tagen bellender Husten und zunehmende Atemnot. Stat.: Beläge im Rachen von mittlerer Ausdehnung. Lungen: überall rauhes vesikul. Atmen mit Giemen und Schnurren. Sehr starke Cyanose. Atmung mühsam und stridorös. T. 38,7, P. 180, schwach, A. 40. Injekt. 1000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 7. XI. 1 mal Tub. lag 35 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung frei und ruhig. Extubation nach 35 Std. wegen Atemnot. Der Tubus erweist sich durch eine Membran verstopft; danach bleibt die Atmung dauernd frei. Langsame Genesung. Geheilt entlassen am 28. XII.

Bemerkung: Am 24. XI. Serum-Exanthem. 8. XII. Eröffnung einer abscedierten Halsdrüse.

3. Wanda M., 3 J. Aufg. 25. XI. 1894. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 21. XI. mit Erbrechen, Fieber, später Halsschmerzen. Seit gestern Atembeschwerden und bellender Husten. Stat.: Kräftiges Kind. Starker foetor ex ore. Ziemlich ausgedehnte, grauweisse, teilweise missfarbene Beläge beider Tonsillen und des weichen Gaumens.

Urin enthält reichlich Albumen. Lungen: überall vesikul. Atmen mit Giemen und Schnurren. Cyanose, Stridor, mühsame Atmung, Crouphusten. T. 38,8, P. 160, unregelmässig, A. 30. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 25. XI. 3 mal, Tub. lag 1, 0, 52 = 53 Std. Verlauf:

Früh 25. XI. 3h Intubation, wegen stärkerer Atemnot. Kehlkopfeingang erweist sich als stark geschwollen und membranös belegt. Keine Erleichterung, sofortige Entfernung des Tubus. Pat. hustet Membranfetzen aus. 2. Intubation. Der Tubus wird nach einer Stunde ausgehustet. 3. Intubation nach 4 Std. notwendig. Extubation nach 52 Std. Atmung bleibt dauernd frei. Exitus am 8. XII.

Bemerkungen: Am 26. XII. Albumengehalt im Urin stärker, granulierte-hyaline-epitheliale Cylinder, Nierenepithel, weisse Blutkörperchen. Exitus unter Herzparalyse. Keine Obduktion.

4. Else M., $5^3/_4$ J. Aufg. 9. XII. 1894. 10. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 30. XI. mit Halsschmerzen. Seit 1. XII. bellender Husten. Seit 6. XII. Atemnot. Stat.: Kräftig gebautes Kind. Thorax rachitisch, schmal. Rachenorgane gerötet, ohne Belag. Lungen: überall scharfes vesikul. Atmen mit Giemen und Schnurren. Urin: 0,25 % Eiweiss. T. 38,0, P. 180 kaum fühlbar, A. 38. Injekt. 2000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 9. XII. 1 mal Tub. lag 80 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation; darauf ein Brechmittel (Ipecac.) Atmung völlig frei, ruhiger Schlaf. Extubation nach 80 Std., wegen Verstopfung des Tubus, danach hustet Pat. eine ca. 10 cm lange Membran aus; Atmung bleibt dauernd frei. Geheilt entlassen am 20. XII.

Bemerkungen: Urin enthält Eiweiss vom 9. XII. —15. XII.

5. Charlotte W., 5 J. Aufg. 23. XII. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 18. XII. mit Fieber und Appetitlosigkeit, später Beläge im Rachen. Seit gestern bellender Husten und Atemnot. Stat.: Schwaches, abgemagertes Kind. Foetor ex ore. Die Gaumen und Gaumenbögen sind stark gerötet und geschwollen. Ziemlich ausgedehnter membranöser Belag im Rachen. Starke Atemnot, Einziehungen, Cyanose, Crouphusten. Lungen: überall Pfeifen, Schnurren und trocknes Rasseln. Urin enthält 0,01 % Eiweiss. T. 40,0, P. 168 unregelmässig, A. 28. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 23. XII—24. XII. 4 mal Tub. lag 0, 0, 15, 0 = 15 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Keine Erleichterung, daher der Tubus wieder entfernt. Pat. hustet eine ca. 4 cm lange Membran aus. Nach 6 Std. (Nachts 1^h) 2. Intubation notwendig; wieder keine Erleichterung; der Tubus wieder entfernt. Pat. hustet noch einmal eine 3 cm grosse Membran aus; gleich darauf 3. Intubation. Atmung wird jetzt frei. Der Tubus bleibt 15 Std. ohne Störung liegen, dann wegen Verstopfung herausgenommen. Wiederum werden Membranfetzen ausgehustet. Nach 4 Std. 4. Intubation erforderlich. Keine Erleichterung; sofort der Tubus entfernt; Pat. hustet diesmal auch eine 6 cm lange Membran aus. Atmung bleibt frei. Allmähliche Heilung kompliziert durch Lungenentzündung. Geheilt entlassen am 20. II.

Bemerkungen: Eiweiss im Urin vom 23. XII—28. XII. Pneumonia duplex: Dämpfung und bronchiales Atmen,

Rasseln vom 24. XII.—12. II. 1895. Serum-Exanthem vom 7. I.—9. I. 95.

6. Anna S., 7 J. Aufg. 24. XII. 1894. 7. Krankheitstag.

Anamnese: Erkrankt am 17. XII. mit Fieber, Husten und Schnupfen. Am 22. XII. Masern-Ausschlag. Seit gestern Belag im Halse und bellender Husten. Status: Mässig entwickeltes Mädchen. Rachitischer Knochenbau. Masernexanthem. Ausgedehnte membranöse Beläge beider Tonsillen, der Gaumenbögen und Uvula. Atmung sehr erschwert, Stridor, Cyanose, Crouphusten. Völlige Apathie, kollabierter Gesichtsausdruck. Lungen: überall pfeifendes Inspirium, Rhonchi u. Schnurren, Rasseln. T. 39,7, P. 160 klein, A. 30. Injekt. 3200 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 24.—26. XII. 4 mal, Tub. lag 5, 13, 16, 9 = 43 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Nach 5 Std. reisst Pat. den Tub. heraus; sofort 2. Intubation. Atm. frei, Kind schläft ruhig ein. Nach 13 Std., wegen Atemnot der Tub. herausgenommen; dabei hustet Kind eine ca. 4 cm lange lederartige derbe Membran aus. Atm. bleibt 4 Std. frei, dann 3. Intubation notwendig. Nach 16 Std. musste der Tubus wegen Verstopfung wieder herausgenommen werden. Gleich darauf wurde eine zusammenhängende Membran, die einen völligen Ausguss der Trachea bis über die Bifurkation hinaus darstellte, entleert; jedoch Atm. nicht frei; 4. Intubation. Nach 9 Std., infolge erneuter Verstopfung des Tub. Extubation. Pat. hustet viel zähen grauen Schleim aus; Atm. bleibt dauernd frei. Später zunehmende Herzschwäche; starker Lungenkatarrh. Exitus unter Herzkollaps am 29. XII.

Obdukt.: Ulcera diphtherica pharyngis. Laryngitis et Tracheitis fibrinosa. Nephritis, Hepatitis et Myocarditis parenchymatosa. Bronchopneumonia multiplex.

7. Frieda J., 1 ½ J. Aufg. 30. XII. 1894. 3. Krankheitstag.

Anam.: Erkrankt am 28. XII. mit Hitze und Husten. Nachts 29.—30. XII. bellender Husten und Atemnot. Status: Ziemlich gut genährtes Mädchen. Knochenbau rachitisch. Tonsillen geschwollen und mit dicken schmierigen Belägen überzogen. Erhebliche Einziehungen, starker Stridor. Cyanose. Giemen und Schmerzen über den Lungen. T. 40,4, P. 178, A. 36. Injekt. 2000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 30. XII. — 2. I. 6 mal, Tub. lag 1, 8, 15, 24, 0, 16 = 64 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung danach frei. Im Verlauf von 24 Std. reisst Pat. den Tubus 2 mal heraus; sofortige Wiedereinführung notwendig. 15 Std. nach der 3. Intubation musste der Tubus wegen Verstopfung herausgenommen werden. Atmung bleibt 6 Std. frei, wird dann so erschwert, dass 4. Intubation nötig wird. (Am 31. XII. Nachmittags 9 h). Sehr starkes Larynxoedem erschwert dieselbe. Am 1. I. muss der Tub. wegen erneuter Verstopfung wieder herausgenommen werden. Atm. bleibt bis 2. I. (Nachmittags 5 h) frei, dann wieder starke Einziehungen; 5. Intubation. Keine Erleichterung, Tubus daher nicht wieder entfernt; nach 2 Std. 6. Intubation notwendig. Am 3. I. (Mittags 12 h), trotz liegenden Tubus starke Atembehinderung; Extubation: Tubus nicht verstopft. Atmung bleibt dyspnoisch, obwohl Larynx jetzt gut durchgängig ist. Ueber beiden Lungen bronch. Geräusche, zunehmende Herzschwäche, Kollaps. Gest. am 7. I. 95.

Obdukt.: Diphtheria faucium et laryngis. Bronchopneumonia multiplex. Pleuritis fibrinosa. Myocarditis, Hepatitis parenchymatosa. Enteritis catarrhalis.

8. Conrad K., 11 J. Aufg. 14. I. 1895. 5. Krankheitstag.

Anam.: Erkrankt am 9. I. mit Kopf- und Halsschmerzen, Erbrechen. Später Belag im Halse. Seit gestern Atemnot. Stat.: Gut entwickeltes Kind. Tonsillen geschwollen und mit weissem Ueberzug versehen. Lippen tief cyanotisch. Starker Stridor. T. 38,1. P. 130, sehr klein, A. 34. Injekt. 1600 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 14.—15. I. 3 mal, Tub. lag 2, 26, 36 = 64 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei, Cyanose verschwunden. Nach 2 Std. hustet Pat. den Tubus mit Membranfetzen aus. Atm. bleibt 7 Std. frei, dann 2 Intubation nötig. Nach 26 Std. wird der Tubus entfernt. Atm. bleibt wiederum nur 8 Std. frei, dann 3. Intubation erforderlich. Extubation nach 36 Std. am 7. I. (Morgens 9 h) Atmung bleibt jetzt dauernd frei. Geh. entl. am 16. II.

9. Emma G., 4 J. Aufg. 22. I. 1895. 4. Krankheitstag.

Anam.: Erkrankt am 18. I. mit Schnupfen. Seit 20. I. bellender Husten, Atemnot und Beläge im Halse. Stat.: Kräftiges Mädchen. Tonsillen geschwollen und mit weisslichen und nicht deutlich abgegrenzten, dünnen Membranen überzogen. Lippen cyanotisch und trocken, Atm. mühsam, Stridor. Pfeifen und Brummen über der ganzen Lunge. T. 39,0, P. 156 sehr klein, A. 36. Injekt. 2000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 22.—23. I. 5 mal, Tub. lag $^1/_2$, 14, 1, 3, 24 = 42$^1/_2$ Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Nach $^1/_2$ Std. wird der Tub. vom Kinde herausgerissen: Atmung bleibt 2 Std. frei, dann 2. Intubation notwendig. Am nächsten Morgen wird der Tub. ausgehustet. Nach 4 Std. 3. Intubation erforderlich. Bis 24. I. Abends wegen Aushustens des Tub. und darauf folgender Atemnot noch 2 mal Intubation nötig. 24 Std. nach der letzten Intubation wird Tub. entfernt. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entl. am 10. II.

10. Gustav P., 5 J. Aufg. 18. II. 1895. 3. Krankheitstag.

Anam.: Erkrankt am 5. II. mit Fieber, Kopf- und Halsschmerzen. Stat.: Kräftiger Knabe. Tonsillen sind beiderseits gerötet und geschwollen, ohne Belag. Erhebliche Atemnot, starke Einziehungen, lauter Stridor. T. 39,0, P. 152, sehr klein, A. 32. Injekt. 2000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 18. II., 1 mal, Tub. lag 2 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung danach frei und ruhig. Nach 2 Std. hustet Pat. den Tub. mit einer ca. 2 cm langen Membran aus; danach bleibt Atm. genügend frei und unbehindert. Geh. entl. am 6. III.

11. Alex H., 6 J. Aufg. 25. II. 1895. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt angeblich am 20. II. mit Kopf- und Halsschmerzen. Stat.: Mässig kräftiger Knabe. Starker Foetor ex ore. Augen liegen tief. Beide Tonsillen und die Uvula sind stark geschwollen und mit dicken grauweissen Belägen versehen, ebenso der weiche Gaumen. Lippen blaurot, mässiger Stridor. T. 38,7, P. 124, sehr klein, A. 28. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 26. II. 1 mal, Tub. lag 31 Std. Verlauf:

Nachts 26.—27. II. (2 h), wegen starker Atemnot Intubation. Gelingt leicht, Atm. wird frei. Extubation nach 31 Std. Atmung bleibt frei. Zustand des Kranken verschlechtert sich jedoch in den nächsten Tagen: Bronchitis, Herzschwäche. Gest. am 10. III.

Bemerkung: Pneumonia sinistra vom 26. II. an zunehmend bis zum Tode. Eiweiss im Urin vom 27. II. an bis zum Tode.

Obdukt.: Diphtheria faucium et laryngis. Myocarditis parenchymatosa gravis. Thrombosis parietalis ventriculi sinistri. Bronchopneumonia multiplex lobi inferioris sinistri. Nephritis parenchymatosa gravis. Embolia arteriae fossae Sylvii dextra. Encephalomalacia hemisphariae dextra.

12. Frieda E., 3 J. Aufg. 2. III. 1895. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 2. III. mit Husten, Hitze, Kopfschmerzen und Belägen im Halse. Stat.: Kräftiges Mädchen. Tonsillen u. l. Gaumenbogen mit dickem, grauweissen Belag versehen. Leichter Stridor. T. 38,4, P. 153, A. 28. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 3.—6. III. 3 mal. Tubus lag 21, 46, 34 = 101 Std. Verlauf:

Am 3. III. (12^h), wegen starker Atemnot Intubation: gelingt leicht, Atmung wird frei Nach 21 Std. Extubation. Atmung bleibt 3 Std. frei, dann 2. Intubation notwendig. Nach 46 Std. wird der Tubus zum 2. Male entfernt. Atmung bleibt nur 10 Std. genügend frei, dann 3. Intubation erforderlich. Extubation nach 34 Std. Atmung bleibt jetzt dauernd frei. Geheilt entlassen am 4. IV.

Bemerkung: Pneumonie des linken und später des rechten unteren Lungenlappens; vom 5. III. — 1. IV. Am 6. III. von den Injektionsstellen ausgehende Urticaria, von intensiv roter Farbe; am 8. III. der ganze Körper überzogen; verschwindet allmählich bis 12. III.

13. Anna T., $2^1/_2$ J. Aufg. 16. III. ? Krankheitstag.

Anamn.: Am 14. II. wegen Scharlachverdacht von der Augen-Station verlegt. Am 6. III. plötzlich Temperatursteigerung. Seit 15. III. Husten, ist etwas heiser und bellend. Stat.: Mässig entwickeltes Kind. Knochenbau rachitisch. Auf beiden Tonsillen sieht man einige gelbliche Plaques. Atemnot, starke Einziehungen. Seit 6. III. über den Lungen katarrhalische Erscheinungen. Seit 8. III. Eiweiss im Urin. T. 38,3, P. 126, A. 26. Injekt. 2000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 16.—17. III. 2 mal. Tub. lag. 11, 39 = 50 Std. Verlauf:

Am 16. III. (Abend 9^h) Intubation notwendig. Nach 11 Std. versuchsweise wegen sehr ruhigen Atm. Extubation; jedoch bleibt die Atmung nur 12 Stunden frei, dann 2. Intubation erforderlich. Nach 39 Stunden wird der Tubus entfernt. Atm. bleibt jetzt dauernd frei. Geh. entl. am 2. IV.

Bemerkungen: Hausinfektion. Pneumonische Erscheinungen vom 8. III.—29. III.

14. Frieda R., 2 J. Aufg. 23. IV. 1895. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 19. IV. mit Atemnot, Hitze und bellendem Husten. Stat.: Schwächliches Kind. Starker

Foetor ex ore. Gaumen und Gaumenbögen stark geschwollen, ohne Belag. Starke Atemnot und Einziehungen. T. 37,7, P. 150, A. 34. Injekt. 2500 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 23.—24. IV. 4 mal. Tub. lag. $^1/_4$, 0, $^1/_4$, 57 = 57$^1/_2$ Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Nach $^1/_4$ Std. hustet Pat. den Tubus mit Membranfetzen aus. Atmung bleibt 28 Std. unbehindert, dann musste innerhalb einer Std. dreimalige Intubation vorgenommen werden, weil der Tubus stets mit zähem Schleim ausgehustet wurde. Der zum 4. Male eingeführte Tubus liegt ungestört 57 Std.; Atm. bleibt nach Entfernung desselben dauernd frei. Geh. entlassen am 8. V.

15. Ella K. Aufgen. am 26. IV. 1895. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Am 25. IV. erkrankt Pat. mit Kopfschmerzen und Schläfrigkeit. Stat.: Mässig entwickeltes Kind. Tonsillen dick, grauweiss belegt. Geringe Dyspnoe. T. 38, P. 132, A. 30. Injekt. 3100. J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 27. IV. 1 mal. Tubus lag $^1/_4$ Std. Verlauf:

Am 27. IV. abends wegen stärkerer Atemnot Intubation notwendig. Nach $^1/_4$ Std. hustet Pat. den Tubus aus; Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geh. entl. am 22. V.

16. Oskar B., 2$^3/_4$ J. Aufg.. 13. V. 1895. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 11. V. mit Hitze und Kopfschmerzen. Stat.: Schwächliches Kind. Auf beiden Tonsillen erbsengrosse Beläge. Atmung mit geringem Stridor und mässigen Einziehungen. Urin enthält Eiweiss. T. 38, P. 120, A. 48. Injekt. 2500 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 13. V. 1 mal. Tub. lag $^1/_4$ Std. Verlauf:

Am 13. V. (abends 9^h) wegen zunehmender Atemnot Intubation. Nach $^1/_4$ Stunde wird der Tubus durch Erbrechen herausgeworfen. Atm. bleibt frei. Geh. entl. am 1. VI.

17. Grete M., 2 J. Aufg. 23. V. 1895. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 18. V. mit Hitze, Krämpfen, Halsschmerzen und heftigem Erbrechen. Stat.: Ziemlich gut entwickeltes Kind. Beide Tonsillen dick grauweiss belegt. Lippen cyanot. Stimme total heiser. Stridor und Einziehungen. Injekt. 2500 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 23. V. 1 mal. Tub. lag 0 Std. Verlauf:

6 Stunden nach der Aufnahme nehmen die stenostischen Erscheinungen so zu, dass die Intubation erforderlich wird. 2 Minuten später plötzliche starke Cyanose; Tubus wird krampfhaft ausgehustet und zeigt sich mit dicken Membranen verstopft, die einen Ausguss des Kehlkopfes und der Trachea bis über die Bifurkation, sowie einen Abguss des Kehldeckels darstellen. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entl. am 5. VI.

18. Joseph. P., 7 J. Aufg. 5. VII. 1895. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankte vor 3—4 Wochen mit Halsschmerzen, die bald besser wurden. Am 30. VI. von neuem mit Hitze, Hals- und Kopfschmerzen erkrankt. Stat.: Gesicht sehr blass. Belag auf beiden Tonsillen, der Uvula und der hinteren Rachenwand. Starke Einziehungen. Hochgradige Dyspnoe und Cyanose. Puls frequent, sehr klein. Injekt. 2500 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 5.—9. VII. 4 mal. Tub. lag 35, 2, 5, $7^1/_2 = 49^1/_2$ Std. Verlauf:

Sofortige Intubation und Campher, wegen Herzschwäche. Nach 35 Stunden Extubation. Atmung bleibt 7 Std. frei, dann 2. Intubation nötig. Nach 2 Std. der Tubus vom Kinde herausgerissen, Atm. bleibt wieder nur 3Std. frei, dann 3. Intubation erforderlich. Nach 5 Std. wegen Verstopfung des Tubus Extubation und gleich wieder 4. Intubation. Nach $7^1/_2$ Std. plötzlich heftige Cyanose: Atmung und Puls bleiben aus. Der Tubus sofort entfernt. Künstliche Atmung vorgenommen: reichlich Campher.

Langsame Erholung. Atmung bleibt nach Entleerung von Schleim frei. Allmähliche Genesung. Geh. entl. am 27. VII.

19. Gertrud J.. 3 J. Aufg. 17. VIII. 1895. 9. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 9. VIII. mit Hitze, Müdigkeit und Schmerzen im Halse. Seit 14. VIII. heiser. In der letzten Nacht Erstickungsanfall. Stat.: Gut entwickeltes Mädchen. Beide Tonsillen und die hintere Rachenwand belegt. Starke Dyspnoe und geringe Einziehung. T. 37,6, P. 140, A. 28. Injekt. 2500 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 17. VIII. 2 mal. Tub. lag 0, 0 Std. Verlauf:

Einige Stunden nach der Aufnahme wegen Zunahme der Einziehungen, Intubation. Der Tubus wird sofort unter Brechbewegungen mit grossen Mengen Schleim ausgehustet. 2. Intubation unmittelbar darauf vorgenommen. Nach 10 Minuten zerbeisst das Kind den Faden und verschluckt den vorgewürgten Tubus, dieser erscheint am 20. VIII. im Stuhl wieder, hat keine Beschwerden veranlasst. Atmung dauernd frei. Geh. entl. am 26. VIII.

20. Alex Z., 2 J. Aufg. 26. VIII. 1895. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 24. VIII. mit Appetitlosigkeit: Seit 25. VIII. Hitze, Atemnot und heiserer Husten. Stat.: Auf beiden Tonsillen kleine Beläge. Rachengebilde etwas geschwollen. Atmung angestrengt. T. 38,5, P. 136, A. 40. Injekt. 3500 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 26. VIII. 1 mal. Tub. lag 0 Std. Verlauf:

Nachts 26. VIII. wegen stärkerer Atemnot und Cyanose Intubation. Nach einigen Minuten hustet Pat. den Tubus mit blutigverfärbtem zähen Schleim aus. Atm. bleibt dauernd frei. Geh. entl. am 14. IX.

21. Erich L., 3 J. Aufg. 23. IX. 1895. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 20. IX. mit Erbrechen und Hitze. Seit 22. IX. Heiserkeit und bellender Husten. Stat.: Gut genährtes Kind. Foetor ex ore. Beide Tonsillen geschwollen und grauweiss belegt, ebenso die Uvula,

der harte und weiche Gaumen. Geringe Dyspnoe, leichter Stridor. T. 38,4, P. 160, A. 48. Injekt. 5000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 23.—24. IX. 5 mal. Tub. lag 10, 8, 0, 0, 23 = 41 Std. Verlauf:

Abends gegen 10 Uhr wegen zunehmender Atemnot und Einziehungen Intubation. Nach 10 Std. hustet Pat. den Tub. aus; 2. Intubation gleich danach notwendig. Während der darauffolgenden 10 Std. mussten noch 4 Intubationen vorgenommen werden, weil jedes Mal der Tubus ausgehustet wurde und gleich danach Atemnot eintrat. Tubus lag im ganzen 31 Std. 4 Std. nach der letzten Extubation tritt langsam wieder Atemnot ein. P. 180. Während des Versuchs der 6. Intubation plötzlich Exitus (am 25. IX.)

Obdukt.: Ulcera diphtheritica fauc. tonsill. et tracheae, Dilatatio ventriculi dextri. Tracheitis fibrinosa.

22. Richard D., $1^3/_4$ J. Aufg. 28. IX. 1895. ? Krankht.

Anamn.: Seit 20. IX. krank. Beginn mit Hitze, Heiserkeit und Appetitlosigkeit. Seit 23. IX. bellender Husten. Seit 25. Atemnot. Stat.: Rachitisches Kind. Ausgedehnte Beläge beider Tonsillen, der Uvula und der Gaumenbögen. Lauter Stridor, starke Einziehungen und Atemnot. P. 156 klein. A. verlangsamt. Injekt. 4500 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 28.—30. IX. 2 mal. Tub. lag 24, 31 = 55 Std. Verlauf:

Eine Stunde nach der Aufnahme (Nachmittag 4^h) Intubation notwendig. Nach 24 Stunden wegen plötzlicher Cyanose Extubation. Nach 10 Std. muss eine 2. Intubation wegen erneuter Atemnot vorgenommen werden. Extubation nach 31 Std. Atmung bleibt dauernd frei. Geheilt entlassen am 16. X.

23. Paul W., 4 J. Aufg. 17. X. 1895. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 13. X. mit Kopfschmerzen und Hitze. Seit gestern Heiserkeit. Stat.: Grosse Beläge auf beiden Tonsillen und an der hinteren Rachenwand. Puls klein und unregelmässig. Sehr starke Atemnot. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 17.—18. X. 2 mal. Tub. lag 8, 0 = 8 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung frei, Puls wird regelmässig. Nach 8 Std. wird der Tubus ausgehustet. Nach 8stündiger atmungsfreier Pause 2. Intubation notwendig. Kurz darauf Atemnot, Cyanose; keine Verstopfung des Tubus. Exitus unter Collapserscheinungen am 18. X.

Keine Obduktion.

24. Willi W., $2^1/_4$ J. Aufg. 31. X. 1895. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Seit 3 Wochen Schwellung der Mandeln. Seit 28. X. Masern und hohes Fieber. Atemnot seit 30. X. Stat.: Schlecht entwickeltes Kind. Tonsillen geschwollen ohne Belag. Atmung sehr langsam mit starken Einziehungen. Lippen und Mundschleimhaut fast schwarzblau. Undeutliches Masernexanthem. P. ca. 200. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 31. X. 2mal. Tub. lag 1, 28 = 29 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation und reichlich Kampher. Atmung und Puls werden regelmässig, Cyanose verschwindet. Nach einer Stunde wird der Tubus ausgehustet. 2. Intubation muss kurz darauf vorgenommen werden. Ueber beiden Lungen bronchitische Geräusche. R. H. U. Dämpfung und Rasseln. Nachts viel Husten ohne Expekt. Gegen Morgen Atm. oberflächlich. Puls sehr beschleunigt. Cyanose. Diese Erscheinungen nehmen trotz aller Massnahmen allmählich zu, am 1. XI. Exitus.

Obdukt.: Morbilli, Bronchopneumonia multiplex. Myocarditis parenchymatosa. Dilatatio cordis. Laryngitis tracheitis et bronchitis fibrinosa, Hyperplasis folliculorum lienis. Degeneratio ulcerosa glandulorum meseraica.

25. Gertrud G., $1^1/_2$ J. Aufg. 4. XI. 1895. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt seit 31. X. mit Husten. Nachts 3.—4. XI. Atemnot und Hitze. Stat.: Hautfarbe fahl. Beläge auf beiden Tonsillen und der Uvula. Puls sehr frequent: ca. 200. Atmung erfolgt mit grossen Pausen. Cyanose und starke Einziehungen. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 4. IX. 1mal. Tub. lag 19 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Während der folgenden Nacht ist Pat. sehr unruhig, viel Husten ohne Expekt., Puls

schwach, ca. 200. Am 5. XI. gegen Mittag färbt sich das Kind graublau, Atmung röchelnd, Puls fadenförmig. Exitus nach einigen Stunden, Tubus liegt noch, † am 5. XI.

Keine Obduktion.

26. Charlotte M., $2^3/_4$ J. Aufg. 22. XI. 1895. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 18. XI. mit Husten, Heiserkeit, Fieber und Halsschmerzen. Stat.: Ausgedehnte Beläge beider Tonsillen, der Uvula und der Gaumenbögen. Gesichtsfarbe blassgrau. Atemnot und starke Einziehungen. Puls ca. 200. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 22. XI. 1mal. Tub. lag 60 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atm. wird frei und ruhig. Nach 60 Std. wird der Tubus entfernt. Atmung bleibt dauernd frei. Geheilt entlassen am 10. XII.

27. Walter R., $6^1/_2$ J. Aufg. 28. XI. 1895. 7. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 21. XI. mit Husten, Kopfschmerzen und Erbrechen. Am 24. XI. Masernausschlag. Stat.: Am ganzen Körper blasses Masern-Exanthem. Beide Tonsillen dick, grauweiss belegt, ebenso die Uvula. Crouphusten, starke Dyspnoe. Injekt. 6000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 29. XI. 2mal. Tub. lag 2, 4 = 6 Std. Verlauf:

Am 29. XI. (Nachmittag 3^h), wegen Zunahme der Dyspnoe und Einziehungen Intubation. Nach 2 Stunden reisst Pat. den Tubus heraus. Nach 2stündiger dyspnoefreier Zeit wird die 2. Intubation notwendig. Atmung frei, jedoch sehr beschleunigt. Exitus nach 4 Std. am 29. XI.

Keine Obduktion.

28. Frieda H., 1 J. Aufg. 29. IX. 1895. ? Krankht.

Anamn.: Seit 29. X., wegen Pleuritis, in Behandlung. Hausinfektion. Stat.: Ziemlich gut genährtes Mädchen. Auf der rechten Tonsille ein breiter grauweisser Schleier. Mässige Einziehungen. Crouphusten. Stridor. Ueber der ganzen linken Lunge absolute Dämpfung; überal bron-

chiales Atmen. Kein Rasseln. T. 38, 2, P. 160, A. 60. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 29. XI. 1mal. Tub. lag 42 Std. Verlauf:

Die Einziehungen und Atemnot nahmen allmählich so zu, dass die Intubation notwendig wurde. Nach 42 Std. hustet Pat. den Tubus aus. Atmung bleibt dauernd frei. Am 3. XII. über den Lungen L. H. bronchiales Atmen und Rasseln. Am 8. XII. auf der ganzen rechten Lunge Rasseln und bronchiales Atmen. Exitus am 9. XII.

Obdukt.: Angina diphtherica fauc. et tonsillarum, Perichondritis cricoidea, Bronchopneumoni. Pneumoniae disseccans.

29. Arthur M., 9 Mon. Aufg. 2. XII. 1895. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 30. XI. mit Unruhe, Belägen am Halse. Seit 2. XII. Heiserkeit. Cyanose. Crouphusten. Puls frequent. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 3. XII. 3mal. Tub. lag 7, 4, 35 = 46 Std. Verlauf:

Am 3. XII. (Früh 3^h) wegen hochgradiger Atembeschwerden Intubation. Nach 7 Std. wegen Verstopfung des Tubus Extubation und 2. Intubation. Nach 4 Std. hustet Pat. den Tubus aus; 3. Intubation. Nach 35 Std. wird der Tubus entfernt. Atem bleibt dauernd frei. Geheilt entlassen am 18. XII.

30. Georg H., 2 J. Aufg. 6. XII. 1895. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 22. XI. mit Masernausschlag, der aber bald ablässt. Seit 1. XII. leidet Pat. an Luftmangel, Husten und Heiserkeit. Am 4. XII. hochgradige Atemnot. Mutter zögerte, die Tracheotomie vornehmen zu lassen, welche ein Arzt vorschlug. Stat.: III. Croup-Stadium. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 6 XII. 1mal. Tub. lag 18 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Exitus nach 18 Std. am 7. XII.

Keine Obduktion.

31. Agnes C., 7 J. Aufg. 16. XII. 1895. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 13. XII. mit Husten, Erbrechen und Heiserkeit. Stat.: Kleiner Belag auf der hinteren Rachenwand. Mässige Einziehungen. Lippen blau. Puls frequent. Atmung beschleunigt. Injekt. 6000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 16. XII. 1 mal, Tub. lag 44 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei und ruhig. Nach 44 Std. wegen Verstopfung des Tubus Extubation. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entl. am 29. II. 1896.

Bemerkung: Albuminurie vom 17.—30. XII. Influenza vom 3. I.—12. II. Halsabscesse erst links, später rechts, vom 20. I.—10. II.

32. Paul R., 2 J. Aufg. 18. XII. 1895. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 15. XII. mit Fieber, Halsschmerzen und Heiserkeit. Stat.: Langsame tiefe Inspirationen mit lautem Stridor, Crouphusten, geringe Einziehungen. Puls frequent. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 18.—19. XII. 3 mal, Tub. lag 3, 12, 16 = 31. Verlauf:

Eine Std. nach der Aufnahme (Nachmittags 2^h) verschlimmern sich die stenotischen Erscheinungen; Intubation. Nach 3 Std. wird der Tubus von dem Pat. heraus gerissen, und muss nach 1 Std. die 2. Intubation vorgenommen werden. Nach 12 Std. wird der Tubus ausgehustet; Atmung bleibt 8 Stunden unbehindert, dann 3. Intubation erforderlich. Nach 16 Std. wird der Tubus wiederum ausgehustet. Atmung bleibt jetzt dauernd frei. Geh. entl. am 20. I.

33. Friedrich G., 2 J. 9 Mon. Aufg. 19. XII. 1895. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Seit 14. XII. krank. Seit 17. XII. Heiserkeit und Hitze. Stat.: Starke Einziehungen und hochgradige Cyanose. Puls kaum fühlbar. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 19. XII. 3 mal, Tub. lag 2, 1, 0 = 3 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird unbehindert und ruhig. Nach 2 Std. zeigt der Puls starke Unregelmässigkeit und hohe Frequenz. Innerhalb der folgenden 2 Stunden stellten sich Cyanose und Einziehungen ein; Tubus entfernt, nächst stärkere No. eingeführt. Nach 1 Std. wird derselbe ausgehustet; 3. Intubation notwendig. Bald darauf stockt die Atmung und kehrt trotz aller Massnahmen nicht zurück. Gest. am 19. XII.

Obdukt.: Tymus-Drüse fast faustgross. Pharyngitis, laryngitis, tracheitis crouposa. Hyperaemia pulmonum. Bronchitis catarrhalis. Hypertrophia et dilatatio ventriculi sinistri cordis. Myocarditis fibrosa. Nephritis parenchymatosa.

34. Hans H., 1 J. 2 Mon. Aufg. 27. XII. 1895. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Seit 26. XII. Heiserkeit, Atemnot und Crouphusten. Stat.: Rachengebilde stark geschwollen und mit einem grauen Schleier überzogen. An der hinteren Rachenwand ziemlich tief sitzender Belag. Atmung sehr beschleunigt, tiefe Einziehungen. Beginn des 3. Croupstadiumes. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 27. XII. 1 mal, Tub. lag 4 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Pat. sehr unruhig, Atmung beschleunigt. Unaufhaltsamer Kollaps. Exitus am 28. XII.

Obdukt.: Croup des Larynx und des obersten Teils der Trachea. Nephritis haemorrhagica.

35. Walter R., 2 1/4 J. Aufg. 29. XII. 1895. 11. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 19. XII. mit Hitze. Seit 27. XII. Heiserkeit und Husten. Stat.: Beläge von mässiger Ausdehnung. Die linke Tonsille zeigt in der Mitte ein tiefes Loch. Atmung sehr dyspnoisch. Geringe Einziehungen. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 29.—31. XII. 3 mal. Tub. lag 8, 21, 22 = 51 Std. Verlauf:

Einige Std. nach der Aufnahme nehmen die stenotischen Erscheinungen beträchtlich zu; Intubation. Atmung wird unbehindert und ruhig. Nach 8 Std. hustet Pat. den Tubus aus; Atmung bleibt 2 Std. frei, dann 2. Intubation notwendig. Nach 21 Std. wegen grosser Unruhe Extubation. Nach 2 stündiger atmungsfreier Zeit 3. Intubation erforderlich. Nach 22 Std. hustet Pat. den Tubus aus. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geh. entl. am 9. I. 1896.

36. Gertrud B., 3 J. Aufg. 2. I. 1896. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 28. XII. mit Heiserkeit und Atemnot. Stat.: Mässig genährtes Mädchen. Tonsillen sind geschwollen und beiderseits dick, schmierig belegt. Starke Cyanose und hochgradige Einziehungen. P. 140, A. 52. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 2. I. 1 mal Tub. lag 93 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation; dabei eine schmierige Membran, die einen Ausguss des Kehlkopfes darstellt, ausgehustet. Extubation am 5. I. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entl. am 15. I.

37. Emil M., 14 Mon. Aufg. 22. I. 1896. 11. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 12. I. mit Hitze. Seit 7 Tagen Husten. Seit 21. I. Atemnot. Stat.: Tonsillen und die hintere Rachenwand dick grauweiss belegt. Lippen stark cyanotisch. Atmung höchst angestrengt, tiefe Einziehungen. P. 160, klein, A. 60. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 22. I. 1 mal, Tub. lag 70 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei und ruhig. Extubation nach 70 Std. am 25. I. Am 26. I. Pat. sehr schläfrig und wenig lebhaft, auffallend bleich. Nachts 26.—27. I. wiederholte Krampfanfälle. Pupillen weit und reaktionslos. P. 180. A. 72. Exitus gegen Morgen am 27. I.

Obdukt.: Oedema cerebri. Diphtheria ulcerosa gangraenosa faucium et laryngis.

38. Kurt H., 11 Mon. Aufg. 16. III. 1896. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 13. III. mit Fieber und Schnupfen. Seit 15. III. Atemnot und Heiserkeit. Stat. Auf beiden stark geschwollenen Tonsillen mässig ausgedehnte graugrüne Beläge. Atmung behindert; tiefe Einziehungen. P. 140, A. 50. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 16. III. 1 mal, Tub. lag 68 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Pat. hustet dabei eine grosse Menge mit Blut vermischten Schleimes aus. Extubation am 19. III. Atmung bleibt dauernd frei. Vom 26. III. an zunehmende katarrhalische Erscheinungen der Lungen. Exitus am 15. IV.

Obdukt.: Bronchopneumonia multiplex partium ichorosa ulcerosa. Pleurisis ichorosa dextra. Bronchitis catarrhalis. Myocarditis parenchymat.

39. Gertrud E., 3½ J. Aufg. 21. III. 1896. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 19. III. mit Husten, Heiserkeit und Fieber. Stat.: Kräftiges Mädchen Rachengebilde mässig geschwollen. Die Innenseite beider Tonsillen dick, graugrün, mässig ausgedehnt belegt. T. 38,4, P. 140, A. 36. Injekt! 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 21. III., 1 mal, Tub. lag 55 Std. Verlauf:

Nachts tritt plötzlich hochgradige Cyanose ein, die sich fast bis zu völliger Apnoe steigert; Intubation. Atmung wird frei und ruhig, Kind schläft ein. Extubation am 23. III. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entl. am 19. IV.

40. Ernst P., 6 J. Aufg. 8. IV. ? Krankheitstag.

Ohne Anamnese von einer inneren Station der Charité wegen plötzlich eingetretener Atemnot verlegt. Stat.: Kräftiger Knabe. Auf der rechten Tonsille ziemlich ausgedehnter graugrüner Belag. Einziehungen. Crouphusten.

Heiserkeit. T. 38,6, P. 124, A. 48, oberflächlich. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 8. IV. 1 mal, Tub. lag 46 Std. Verlauf:

Nach einigen Std. wegen Zunahme der stenotischen Erscheinungen Intubation, dabei wird eine fingergliedlange Membran ausgehustet. Extubation am 10. IV. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geheilt entlassen am 10. IV.

41. Alfred V., $3^1|_2$ J. Aufg. am 18. IV. 1896. 9. Krankheitstag.

Anamn: Erkrankt am 10. IV. mit Hals- nnd Kopfschmerzen. Seit 3 Tagen Heiserkeit; später bellender Husten. Stat.: Schlecht entwickeltes Kind. Knochenbau rachitisch. Auf der linken Tonsille 2 linsengrosse grauweisse Beläge. Atmung sehr angestrengt und stridorös; geringe Einziehungen. T. 38,4, P. 140, A. 60. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 19. IV. 1 mal, Tub. lag 34 Std. Verlauf:

Am 19. IV. gegen Morgen nahmen die stenotischen Erscheinungen erheblich zu; Intubation. Extubation am 20. IV. Atmung bleibt dauernd frei. Geheilt entlassen am 9. V.

42. Erna B., $5^1|_2$ J. Aufg. am 10. V. 1896. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 7. V. mit Husten, Heiserkeit und Erbrechen. Seit 9. V. Atemnot. Stat.: Schlecht entwickeltes Kind. Auf beiden Tonsillen und am Rande der Uvula grauweisse Beläge. Leichte Cyanose, Stridor, Einziehungen. Ueber den Lungen grobe bronchialische Geräusche. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 10. V. 2 mal, Tub. lag 0, 5 = 5 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Der Tubus wird mit einer ca. 6 cm langen Membran ausgehustet, danach bleibt die Atmung 2 Std. unbehindert, dann 2. Intubation erforderlich. Gegen Abend wird der Puls schlechter; trotz energischer Massnahmen nimmt die Cyanose zu; der Puls wird kaum

fühlbar; Extubation; der Zustand bleibt unverändert, Kind kollabiert und stirbt nach einer Stunde am 12. V.

Obduktion: Laryngitis diphtherica. Tracheitis et bronchitis fibrinosa. Bronchopneumonia multiplex. Hyperplasis pulpae lienis.

43. Emma B., 4 J. Aufg. 13. V. 1896. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Pat. seit 3 Tagen heiser geworden. Seit heute bellender Husten. Stat.: Ziemlich kleines Kind. Auf den geschwollenen Tonsillen punktförmige Beläge. Geringe Einziehungen, Stridor. T. 37,6, P. 144, A. 38. Injekt. 3000 J· E.

Intubation: Es wurde intubiert am 13. V. 2 mal. Tub. lag 0, 40 = 40 Std. Verlauf:

Einige Std. nach der Aufnahme wurden die Atemnot und Einziehungen stärker; Intubation. Tubus liegt gut, Pat. verfällt in Schlaf. Extubation am 15. V. nach 40 Std.; während dieser Zeit wird der Tubus vom Kind 1 mal herausgerissen und muss gleich wieder eingeführt werden. Atmung bleibt dauernd frei, aber noch 3 Tage lang etwas stridorös. Geheilt entlassen am 27. V.

44. Richard H., $1^1/_2$ J. Aufg. 6. VI. 1896. ? Krankht.

Anamn.: Im Dez. 95 angeblich eine fieberhafte Lungen-Erkrankung durchgemacht. Im März d. J. stellte sich Keuchhusten ein. Beginn der jetzigen Krankheit nicht genau zu bestimmen. Seit 2. VI. Schnupfen. Seit 5. VI. heiserer Husten. Sei 6. VI. Atemnot. Stat.: Kräftiges Kind. Beide Tonsillen graugelb belegt. Gesichtsfarbe bleich. Starke Cyanose. Dyspnoe. Einziehungen und Stridor. P. 180 kaum fühlbar.

Intubation: Es wurde intubiert vom 6. VI. bis 9. VI. 4 mal. Tub. lag $40^1/_2$, 0, 15, 0 = $55^1/_2$ Std. Verlauf:

Sofortige Intubation; Schwierigkeiten machte die Aufrichtung des kleinen umgeschlagenen Kehldeckels. Atmung wird sofort frei. Nach $40^1/_2$ Std. (Morgens 11^h) hustet Pat. den Tubus aus. Nach 2 Std. 2. Intubation erforderlich; Tubus wurde gleich danach ausgehustet und sofort wieder (zum 3. Male) eingeführt. 15 Std. danach wieder-

holt sich derselbe Vorgang (4. Intubation); bei der 4. Intubation wird die nächst grössere No. des Tubus genommen. Auch jetzt wird der Tubus sofort mit einer grossen Menge Schleim wieder ausgehustet. Atmung bleibt jedoch dauernd frei. Pat. erholt sich langsam. Geheilt entlassen am 16. VI.

Bemerkungen: In der tubusfreien Zeit Keuchhusten-Anfälle.

45. Richard T., 5 J. Aufg. am 5. VII. 1896. ? Krankht.

Anamn.: Pat. hustet seit längerer Zeit. Seit 1. VII. ? ernstlich krank. Seit 3. VII. Crouperscheinungen und Heiserkeit. Stat.: Mittelkräftiger Knabe, hintere Rachenwand, Tonsillen und Uvula intensiv gerötet, ohne Beläge. Lippen cyanotisch. Einziehungen. Stridor. Starke Dyspnoe. T. 39, P. 138, A. 56. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 5.—7. VII. 4 mal. Tub. lag 0, 6, 18, 35 = 59. Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Der Tubus wird wieder ausgehustet; Atmung bleibt 2 Std. unbehindert, dann 2. Intubation notwendig. Nach 6 Std. zerbeisst der Knabe den Faden, deshalb wurde der Tubus herausgenommen und wieder (zum 3. Male) eingeführt. Nach 18 Std. wurde der Tubus wegen Verstopfung herausgenommen und (zum 4. Male) wieder eingelegt. Nach 35 Std., völlig entfernt. Atmung bleibt dauernd frei. Geheilt entlassen am 5. VIII.

46. Lucci S., $2^1/_4$ J. Aufg. 13. VIII. 1896. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 8. VIII. mit leichtem Husten. Seit 10. VIII. Fieber. Starke Heiserkeit. Husten stärker und bellend, Atemnot. Stat.: Kräftiges Kind. Auf beiden Tonsillen weissliche Beläge von geringem Umfang. Cyanose, Einziehungen. Stridor. T. 39,0, P. 168, A. 40. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 13—14. VIII. 4 mal, Tub. lag $^1|_4$, $^3|_4$, 0, 24 = 25 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation: Nach $^1|_4$ Std. wird der Tubus ausgehustet. Innerhalb 7 Std. noch zweimalige Intubation nötig aus demselben Grunde. 15 Std. nach dem letzten Aushusten des Tubus wurde die 3. Intubation erforder-

lich. Tubus bleibt 24 Std. liegen, dann Extubation. Atmung bleibt dauernd frei. Geheilt entlassen am 2. IX.

47. Hedwig B., 10 M. Aufg. 5. IX. 1896. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 4. IX. mit Fieber und Halsschmerzen. Husten anfangs locker, seit heute laut und bellend. Stat.: Gut entwickeltes Kind. Rachenorgane gerötet, auf beiden Tonsillen gelblich weisse Beläge. Atmung mühsam und stridorös; tiefe Einziehungen. T. 38,6, P. 162, A. 46. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 5. XI. 1mal. Tub. lag 51 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei und ruhig, Kind schläft ein. Nach 51 Std. hustet Pat. den Tubus aus; Atmung bleibt frei. Von 19. IX. an immer zuneh mende katarrhalische Erscheinungen der Lungen. Am 26. IX. Allgemeinbefinden des Kindes sehr schlecht; starke Cyanose, Rasseln über den Lungen, Apathie, Dyspnoe, Exitus am 26. IX.

Bemerkungen: Serumexanthem vom 15. IX.—23. IX

Obdukt.: Bronchopneumonia multiplex duplex. Nephritis parenchymatosa levis. Enteritis follicularis catarrhalis. Hyperplasia pulpae lienis.

48. Martha S., $6^1|_2$ J. Aufg. 21. IX. 1896. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 20. IX. mit Heiserkeit, Husten und mehrmaligem Erbrechen; später Beläge im Halse Stat.: Mittelkräftiges Mädchen. Rachenorgane stark gerötet und geschwollen; keine Beläge! Atmung mit starken Einziehungen und Stridor. Urin enthält Eiweiss. Injek 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 22. IX. 1mal. Tub. lag 46 Std. Verlauf:

24 Std. nach der Aufnahme, trotz mehrmaligen Schwitzens wegen stärkerer Stenose Intubation notwendig. Nach 46 Std. der Tubus entfernt; Atmung bleibt dauernd unbehindertt Geheilt entlassen am 17. X.

Bemerkungen: Serumexanthem vom 25. IX.—29. IX

49. Arnold S., 3 J. Aufg. 17. X. 1896. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 12. X. mit Appetitlosigkeit und leichtem Fieber. Seit 15. X. Beläge im Halse. Seit 16. X. Atemnot, Heiserkeit und Husten. Stat.: Mässig kräftiger Knabe. Knochenbau rachitisch. Beide Tonsillen, Gaumen und die hintere Rachenwand dick grauweiss belegt Starke Cyanose und Einziehungen. T. 39,5, P. 154 fast fadenförmig, A. 36. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 17. X. 1mal. Tub. lag $2^1/_2$ Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird etwas besser $2^1/_2$ Std. nach der Aufnahme Exitus unter Kollaps-Erscheinungen am 17. X.

Obdukt.: Diphtheria faucium. Laryngitis fibrinosa. Bronchopneumonia multiplex.

50. Emmi M., $1^3/_4$ J. Aufg. 27. X. 1896. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 23. X. mit Heiserkeit, die seit 26. X. an Stärke zugenommen. Seit 27. X. Atemnot und Husten. Stat.: Mittelkräftiges Kind. Knochenbau zeigt geringe rachitische Veränderungen. Tonsillen kaum geschwollen, ohne Belag. Starke Heiserkeit. Crouphusten. Ueber den Lungen zahlreiche giemende und schnurrende Geräusche. R. H. grossblasiges lautes Rasseln. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 27. X. 1mal. Tub. lag 20 Std. Verlauf:

6 Std. nach der Aufnahme wegen Zunahme der stenotischen Erscheinungen Intubation. Atm. wird frei, aber frequent. Am 28. X. reisst Pat. den Tubus heraus; Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geheilt entlassen am 7. XII.

Bemerkungen: Urin enthält Eiweiss vom 27. X. bis 1. XI. Bronchitis dext. 27. X.—10. XI. Pneumonia dext. vom 18. XI.—6. XII. Paracentese bds. am 26. XI.

51. Maria L., 7 J. Aufg. 8. XII. 1896. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 3. XII. mit Husten, Heiserkeit Erbrechen und Fieber. Vor 3 Tagen Nachts Atemnot. Seit 6. XII. öftere Delirien. Nachts 7./8. XII. stärkere Atemnot. Stat.: Mässig gut genährtes Mädchen. Starker Foetor ex ore. Auf der rechten Tonsille dünner Schleier. Hochgradige Dyspnoe. Starke Cyanose. T. 39,0, P. 144, A. 32. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 8. XII. bis 10. XII. 3 mal, Tub. lag 1, 0, 59 = 60 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Nach ca. 1 Std. hustet Pat. den Tubus mit Entleerung reichlicher Schleimmassen aus. Nach ca. 2stündiger atmungsfreier Zeit 2. Intubation wegen stärkerer Einziehungen nötig; jedoch wird der Tubus sofort ausgehustet. Atmung bleibt bis 10. XII. frei, dann 3. Intubation aus demselben Grunde erforderlich. Extubation am 13. XII. Atmung bleibt dauernd frei. Geheilt entlassen am 6. I. 1897.

52. Otto K., 5 J. Aufg. 3. I. 1897. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 31. XII. mit Fieber und trockenem Husten. Stat.: Gut genährtes Kind. Knochenbau rachitisch. Auf beiden Tonsillen und auf der Uvula mässige Beläge. Ziemlich erhebliche Einziehungen und Cyanose. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 3. I. 1 mal. Tub. lag 44 Std. Verlauf:

Einige Std. nach der Aufnahme wegen Zunahme der Stenose. Intubation. Atmung wird sofort frei. Pat. hustet Schleim und Membranfetzen aus. Nach 44 Std. am 5. I. wird der Tubus wegen Verstopfung desselben herausgenommen; dabei hustet Pat. reichlich Membranfetzen aus. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geheilt entlassen am 27. I.

53. Martha L., $2^1/_2$ J. Aufg. 6. I. 1897. 9. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 30. VII. mit Halsschmerzen. Seit 3. I. Husten und Heiserkeit. Stat.: Ziemlich gut genährtes Kind. Auf beiden Tonsillen punktförmige Pfröpfe. Erhebliche Dyspnoe, Einziehungen, Stridor, Cyanose, Crouphusten. P. 170, A. 60. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 6. I.—8. I. 3 mal, Tub. lag 35, 0, 6 = 41 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Extubation nach 35 Std. Nach 9 Std. muss eine 2. Intubation vorgenommen werden. Der Tubus wird sofort mit Entleerung grosser Mengen Membranen ausgehustet und wird wieder zum (3. Male) eingeführt. Nach 6 Std. wird der Tubus wiederum ausgehustet; jedoch bleibt die Atmung jetzt dauernd frei. Geheilt entlassen am 22. I.

54. Paul J., 7 J. Aufg. 27. I. 1897. 9. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 19. I. mit tonlosem Husten und Heiserkeit. Seit 24. I. Halsschmerzen und Fieber. Nachts 26. 27. I. Atemnot. Stat.: Mässig genährtes Kind. Knochenbau schwach; Zeichen von Rachitis. Rachen gerötet und geschwollen, ohne Belag. Dyspnoe, Einziehungen, Cyanose. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 27. I. 1 mal, Tub. lag 24 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Es wird eine grosse Menge zäher Schleim und einige ca. 3 cm lange Membranen ausgehustet; Atmung wird frei und ruhig. Extubation am 28. I. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geheilt entlassen, am 12. II.

55. Johanna S., 5 J. Aufg. 4. II. 1897. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 31. I. mit croupösem Husten Halsschmerzen, Fieber und Erbrechen. 4. II. Atemnot. Stat.: Mässig gut genährtes Kind. Auf beiden Tonsillen mehrere linsen- bis bohnengrosse Beläge. Atmung sehr beschleunigt, sehr mühsam. Starke Einziehungen, Stridor, Cyanose. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 4. II—5. II. 2 mal. Tub. lag 10, 26 = 36 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei und ruhig. Pat. hustet eine ca. 8 cm lange und 2 cm breite Membran aus. Nach 10 Std. reisst Pat. den Tubus heraus. Atmung bleibt 9 Std. frei, dann 2. Intubation notwendig. Nach 26 Std. wird der Tubus wegen Durchbeissung des Fadens herausgenommen; danach hustet Pat. zahlreiche Membranfetzen aus. Atmung bleibt dauernd frei. Geheilt entlassen am 12. II.

56. Hedwig W., 3 J. Aufg. 15. II. 1897. ? Krankheitstag.

Anamn.: Wegen Osteomyelitis im Krankenhaus behandelt, dort angeblich Masern durchgemacht; eingeliefert wegen Diphtherie. Stat.: Mässig gut genährtes Kind. Knochenbau etwas rachitisch. Auf beiden Tonsillen und an der hinteren Rachenwand mehrere linsen- bis bohnengrosse Beläge. Bei Erregung Einziehungen. Ueber den Lungen verbreitetes Giemen und Schnurren, in der rechten Achselhöhle Rasseln. P. 144. Injekt 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 16. II. 1 mal, Tub. lag 26 Std. Verlauf:

Am nächsten Morgen um 6^h wegen plötzlich eingetretener Atemnot und Einziehungen Intubation. Atmung wird langsam frei. Extubation nach 26 Std. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geheilt zurück nach dem Krankenhaus am 9. III.

57. Franz W., 2 J. Aufg. 21. II. 1897. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 19. II. mit Appetitlosigkeit, Leib- und Halsschmerzen. Stat.: Mässig gut genährtes Kind. Auf beiden Tonsillen und auf der Uvula grauweisse Beläge. Mässige Einziehungen; Atmung stark dyspnoisch und stridorös. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 21.—23. II. 5 mal, Tub. lag $^1/_4$, 6, 9, 18, 12 = $45^1/_4$ Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Nach ca. $^1/_4$ Std. wird der Tubus und eine 5 cm grosse Membran beim Erbrechen herausgeworfen; Atemnot. 2. Intubation. Nach 6 Std. (Nachts 12^h) wird der Tubus mit einer grossen Membran

ausgehustet und muss sofort wieder (zum 3. Male) eingeführt werden. Nach ca. 9 Stunden wird der Tubus noch einmal mit einer ca. 10 cm langen Membran ausgehustet. Danach Atmung 6 Stunden frei, dann wieder Dyspnoe; 4. Intubation. Extubation nach 18 Stunden. Atmung nach 12 Std. wieder behindert; 5. Intubation. Extubation nach 12 Stunden. Atmung bleibt jetzt dauernd frei. Geh. entl. am 16. V.

58. Karl E., 5 J. Aufg. 27. II. 1897. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 25. II. mit bellendem Husten, Erbrechen und Fieber. Nachts 26./27. II. Atemnot. Stat.: Schwächlicher Knabe. Keine Beläge im Halse. Atmung stark dyspnoisch und stridorös; mässige Einziehungen. Inject. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 27. II.—2. III. 2 mal, Tub. lag 52, 46 = 98 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Extubation nach 52 Std. Atmung nach 16 Std. wieder behindert; 2. Intubation: Extubation nach 46 Std. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entlassen am 19. III.

59. Bertha F., 4 J. Aufg. am 6. III. 1897. 9. Krankheitstag.

Anamn.: Seit längerer Zeit Heiserkeit; am 26. II. erkrankt mit bellendem Husten. Seit 5. III. Atemnot, Erbrechen, Unruhe und Fieber. Stat.: Ziemlich gut genährtes Mädchen. Pat. sehr matt und verfallen, keine Beläge im Halse. Im Urin Spuren von Eiweiss. Puls sehr klein, T. 39,4. Inject. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 6. III. 2 mal, Tub. lag 3, 62 = 65 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Bei derselben plötzliche Asphyxie; durch künstliche Atmung und Camph. überwunden. Nach 3 Stunden wird der Tubus ausgehustet und muss sofort wieder (zum 2. Male) eingeführt werden. Atmung wird frei und Pat. schläft ruhig ein. Mehrere Membranen durch den Tubus ausgehustet. Extubation nach 62 Std. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geh. entlassen am 26. III.

60. Grete F., 7 J. Aufg. am 18. III. 1897. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 16. III. mit Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. Am 17. III. Erbrechen, Husten und Kurzatmigkeit, die Nachts zunahmen. Stat.: Mässig gut entwickeltes Kind. Knochenbau etwas rachitisch. Auf beiden Tonsillen, der Uvula und den Gaumenbögen graue Beläge. Atmung behindert, etwas stridorös. Inject. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 18.—21. III. 3 mal, Tub. lag 0, 0, 65 = 65 Std. Verlauf:

Vom 18. — 21. III. 2 mal Intubation erforderlich. (Tubus 1 mal herausgerissen und 1 mal ausgehustet.) 3. Intubation wegen stärkerer Atemnot. Extubation nach 65 Stunden. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entlassen am 7. IV.

61. Willi B., 5 J. Aufg. am 23. III. 8. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 16. III. mit Kopfschmerzen und Hitze. Seit den letzten Tagen Halsschmerzen, Husten und Atemnot. Stat.: Gut genährtes Kind. Auf beiden Tonsillen linsengrosse grauweisse Beläge. Atmung dyspnoisch und stark stridorös; mässige Einziehungen. T. 37,6. P. 125. A. 30. Injeet. 3000 J. E,

Intubation: Es wurde intubiert am 23. III. 1 mal, Tub. lag 66 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei und ruhig. Extubation nach 66 Stunden am 26. III. Atmung dauernd unbehindert. Geh. entlassen am 24. V.

Bemerkungen: 2 mal 1. Serumexanthem: vom 9. IV. bis 17. IV., 2. vom 13. V.—19. V.

62. Helene P., 6 J. Aufg. am 27. III. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 23. III. mit Kopfschmerzen, Erbrechen u. Mattigkeit. Nachts 26./27. III. bellend. Husten und Hitze. Stat.: Mässig gut genährtes Mädchen. Auf beiden Tonsillen über bohnengrosse, weisse Beläge. Über den Lungen Schnurren. Urin stark getrübt. Inject. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 29. III. 2 mal, Tub. lag 0, 48 = 48 Std. Verlauf:

Am 29. III. Morgens wegen Einziehungen und Atemnot Intubation. Pat. hustet den Tubus sogleich heraus; sofort 2. Intubation. Atmung frei und ruhig. Extub. am 31. III., nach 48 Stunden. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geh. entlassen am 10. IV.

63. Gertrud M., 3½ J. Aufg. am 4. IV. 1897. 7. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 29. III. mit bellendem Husten. Seit 1. IV. Heiserkeit. In der letzten Nacht Atemnot. Stat.: Mässig gut genährtes Kind. Auf beiden Tonsillen weisse Beläge. Crouphusten. Einziehungen. Stridor. Über den Lungen Giemen und Schnurren. T. 38. P. 145. A. 38. Inject. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 4. IV. 1 mal, Tub. lag 63 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation; dabei viel Schleim und mehrere Membranfetzen ausgehustet. Extubation am 7. IV. nach 63 Stunden. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entlassen am 17. V.

64. Hans W., 3 J. Aufg. am 10. IV. 1897. 7. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 3. IV. mit Hitze und Unruhe. Im Laufe der Woche besserte sich der Zustand. Erst heute Heiserkeit, Atemnot und bellender Husten. Stat.: Gut genährter Knabe. Knochenbau stark rachitisch. Mässige Einziehungen. Atmung stridorös. Auf beiden Tonsillen grosse grauweisse Beläge. Inject. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 11. IV. 1 mal, Tub. lag 65 Std. Verlauf:

Am 11. IV. wegen erheblicher Zunahme der stenotischen Erscheinungen Intubation; dabei wird eine ca. 3 cm lange Membran ausgehustet. Extubation nach 65 Std. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entlassen am 30. IV.

Bemerkungen: Serumexanthem vom 14. IV.—23. IV.

65. Anna W., 6 J. Aufg. am 30. IV. 1897. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Vor 2 Jahren wurden die Mandeln herausgenommen. 1896 an Diphtherie erkrankt und mit Trache-

otomie behandelt. Im Febr. d. J. an Kopfrose erkrankt und bis 15. III. wegen einer Fistel an der Nasenwurzel klinisch behandelt. Jetzt erkrankt am 29. IV. mit Atemnot und starkem Husten. Stat.: Ziemlich gut genährtes Kind. Knochenbau rachitisch. Beide Tonsillen zerklüftet, auf der rechten Tonsille ein linsengrosser weisser Belag. Crouphusten. Atmung stridorös; bei Erregung Einziehungen. Inject. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 30. IV. 1 mal, Tub. lag 48 Std. Verlauf:

Einige Stunden nach der Aufnahme wegen tiefer Einziehungen und starker Cyanose Intubation. Atmung wird frei. Extubation nach 48 Stunden. Atmung ziemlich frei; geringe Einziehungen, die im Laufe des Tages verschwinden. Geh. entlassen am 23. V.

Bemerkungen: Serumexanthem an der Injectionsstelle vom 4. V.—9. V., am ganzen Körper vom 9. V.—15. V.

66. Fritz S., 9½ J. Aufg. am 14. IV. 1897. 9. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 6. VI. mit Heiserkeit. Seit 13. VI. Halsschmerzen. Nachts 13./14. VI. Atemnot. Stat.: Mässig entwickeltes Kind. Auf beiden Tonsillen und auf der hinteren Rachenwand grauweisse Beläge. Crouphusten, lauter Stridor. Einziehungen. Leichte Cyanose. Inject. 3000 J. E. T. 38,6. P. 138. A. 40.

Intubation: Es wurde intubiert am 14. VI. 1 mal, Tub. lag 62 Std. Verlauf:

Nachts (12^h), 4 Stunden nach der Aufnahme, Intubation notwendig, darauf ruhige Atmung mit geringen Einziehungen. Extub. am 18. VI. nach 62 Stunden. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entlassen am 30. VI.

Bemerkungen: Serumexanthem vom 26. VI.—29. VI.

67. Paul H., 10 J. Aufg. 8. VII. 1897. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 5. VII. mit Husten. Seit 7. VII. Heiserkeit. Seit 8. VII. Atemnot. Stat.: Dürftig entwickeltes Kind. Auf beiden Tonsillen kleine weisse Beläge. Erhebliche Atemnot. Stridor, sehr starke Cyanose. Einziehungen. T. 38,5, P. 168, A. 32. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 8.—9. VII. 2 mal, Tub. lag 22, 25 = 47 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei und ruhig; zeitweilig Einziehungen. Pat. hustet fortwährend, dabei wird reichlich dicker, gelber, eitriger Schleim entleert. Nach 22 Stunden Extubation, wegen Verstopfung des Tubus; Pat. hustet eine ca. 10 cm lange röhrenförmige Membran aus. Atmung bleibt 4 Stunden frei, dann 2. Intubation erforderlich. Pat. hustet viel Schleim aus. Extubation nach 25 Stunden. Atmung ziemlich frei; geringe Einziehungen, die im Laufe des Tages verschwinden. Geh. entl. am 19. VIII.

Bemerkung: Eiweiss im Urin vom 9.—18. VIII. Pneumonia sinistra vom 10. VII. — 9. VIII.

68. Paul S., 2 J. Aufg. 9. IX. 1897. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 5. IX. mit Schnupfen, Heiserkeit und heftiger Atemnot. Seit gestern Verschlimmerung. Stat.: Mässig entwickeltes Kind. Stark rachitischer Knochenbau. Tonsillen geschwollen und graugelb belegt. Starke Einziehungen; hochgradige stenotische Erscheinungen. T. 37,6, P. 138, A. 32. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 9. IX. 1 mal, Tub. lag 36 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei und ruhig. Extubation nach 36 Std. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entl. am 22. IX.

69. Karl K., 4 J. Aufg. 24. IX. 1897. 8. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 14. IX. mit Husten, Heiserkeit und Leibschmerzen. Seit 19. IX. Atemnot. Stat.: Gut entwickelter Knabe. Knochenbau rachitisch. Beide Tonsillen hochgradig geschwollen und grauweiss schmierig belegt. Stridor. Cyanose. Starke Einziehungen. T. 38, P. 120, A. 25. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 24. IX. 1 mal, Tub. lag. 65. Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung frei. Extubation am 27. IX. nach 65 Std. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geh. entl. am 30. IX.

70. Otto H., 3 J. Aufg. 1. X. 1897. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 30. IX. mit Fieber und Atembeschwerden. Stat.: Gut entwickeltes Kind, Knochenbau etwas rachitisch. Rachenorgane erheblich geschwollen. Beide Tonsillen dick grauweiss belegt, rechts geht der Belag über dem vorderen Gaumenbogen. Heiserkeit. Stridor. Cyanose. Einziehungen. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 2. X. 1 mal, Tub. lag 66 Std. Verlauf:

24 Std. nach der Aufnahme wegen erheblicher Zunahme der stenotischen Erscheinungen, Intubation. Atmung wird frei. Extubation am 5. X. nach 66 Std. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geh. entl. am 1. XI.

Bemerkung: Pneumonie im linken Unterlappen vom 6.—29. X. Serumexanthem vom 4.—13. X.

71. Johann O., 4 1/2 J. Aufg. 12. X. 1897. ? Krankheitst.

Anamn.: Erkrankt seit ca. 8 Tagen mit Klagen über Kopfschmerzen. Am 8. X. matt und schwach. Seit dem 10. X. Schnupfen, Halsschmerzen und geringer Husten. Seit der letzten Nacht Atemnot. Stat.: Kräftiger Knabe. Auf beiden Tonsillen zahlreiche linsengrosse Beläge; im Rachen starke Schwellung. Erhebliche Einziehungen und Stridor. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 12.—16. X. 4 mal, Tub. lag 0, 42, 1, 46, = 49 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Tubus wird bald nachher ausgehustet; 2. Intubation. Atmung wird frei. Nach 42 Std. hustet Pat. den Tubus wieder aus; 3. Intubation. Nach 1 Std. wird derselbe wieder ausgehustet. Atmung bleibt jedoch jetzt frei. Am 15. X. über der l. Lunge hinten Schallverkürzung, bronchiales Atmen. Am 16. X. stärkere Atemnot und Einziehungen; 4. Intubation. Extubation nach 46 Std. Atmung bleibt unbehindert. Lungenerscheinungen gehen allmählich zurück. Geh. entl. am 3. XI.

72. Victoria K., 6. J. Aufg. 21. X. 1897. 11. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 11. X. an Masern. Am 18. X. Fieber, Heiserkeit und Atemnot. Stat.: Gut entwickeltes Kind. Vordere Gaumenbögen, weicher Gaumen, Uvula und hintere Rachenwand schmierig grauweiss belegt. Foetor ex ore. Einziehungen. Cyanose. Stridor. T. 38,6, P. 160, A. 40. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 21. X. 1 mal, Tub. lag 80 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Extubation nach 80 Std., wegen Durchbeissens des Fadens; danach heftiger Hustenreiz und Cyanose. Atmung bleibt jedoch frei. Geh. entl. am 8. XI.

Bemerkung: Am 28. X. Paracentese rechts. Pneumonie im r. Mittellappen vom 31. X. — 6. XI.

73. Rosa O., 6 J. Aufg. 24. X. 1897. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 23. X. mit Fieber und Kopfschmerzen. Am 24. X. Halsschmerzen, Belag im Halse und Atemnot. Stat.: Kräftig entwickeltes Kind. Rachenorgane stark geschwollen. Beide Tonsillen vollständig dick, schneeweiss belegt. Einziehungen. Stridor.

Intubation: Es wurde intubiert am 24. X. 1 mal, Tub. lag 51 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Extubation nach 51 Std. Atmung bleibt dann dauernd frei. Wegen Coxitis nach anderer Station verlegt, dort geh. entl. am 31. III. 1898.

Bemerkung: Abscess an der linken Halsseite am 15. XI.

74. Frieda K., 7 J. Aufg. 28. X. 1897. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 23. X. mit Fieber und Kopfschmerzen. Seit 25. X. Halsschmerzen. Stat.: Mässig entwickeltes Kind. Rachengebilde intensiv gerötet und geschwollen, auf beiden Tonsillen und auf der Uvula ausgedehnte weisse Beläge. Bellender Husten. Nasenflügelatmen. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 28.—30. X. 2 mal, Tub. lag 24, 52 = 76 Std. Verlauf:

8 Std. nach der Aufnahme wegen Zunahme der stenotischen Erscheinungen Intubation. Atmung wird frei. Nach 24 Std. muss der Tubus herausgenommen werden, weil sich stärkere Atemnot einstellte. Atmung danach ziemlich frei; man hört ab und zu beim Atmen das Flottieren einer Membran; nach ca. 13 Std. 2. Intubation notwendig. Extubation nach 52 Std. Atmung bleibt jetzt dauernd frei. Geh. entl. am 24. XI.

Bemerkung: Pneumonie im l. Hinterlappen vom 31. X. — 21. XI. Pneumonie im r. Unterlappen vom 2.—21. XI. Eiweiss im Harn vom 31. X. — 14. XI.

75. Charlotte H., 3 J. Aufg. 10. XI. 1897. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Seit 20. X. in der inneren Station wegen Idiotie behandelt. Am 9. XI. etwas trockner Husten, Rachen frei. Am 10. XI. auffallend bellender Husten, im Laufe einiger Std. stellen sich allmählich Atemnot und tiefe Einziehungen ein. Stat.: Sowohl geistig wie körperlich im höchsten Grade zurükgebliebenes Kind. Urin enthält viel Eiweiss. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 10. XI. 1 mal, Tub. lag 36 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Am 11. XI. gegen Abend wird der Puls unregelmässig und klein. Atmung sehr beschleunigt (84). Nachts $1^1/_2{}^h$ erfolgt Exitus; der Tubus liegt noch.

Obduktion: Diphtheria laryngis. Tracheitis et bronchitis. Angiomata pulmonum. Nephritis chronica medullaris calcificans. Infiltratio hämorrhagica glandulae suprarenalis sinistrae.

76. Alfred R., 3 J. Aufg. 23. XI. 1897. ? Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt an Masern am 13. XI. ? Am 15. XI. starker Schnupfen. Seit 20 XI. bellender Husten und Heiserkeit. Seit 22. XI. Erscheinungen von Atemnot, die bis heute an Stärke zunahmen. Stat.: Gut entwickeltes Kind. Beide Tonsillen geschwollen, beiderseits auf der

Vorderfläche schmierige Beläge. Ziemlich starke Einziehungen; Atmung mühsam und stridorös. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 23. XI. 1 mal, Tub. lag 56 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei und ruhig. Extubation nach 56 Std. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geheilt entlassen am 5. XII.

Bemerkungen: Am 4. XII. Paracentese links. Auf Wunsch entlassen, das Ohrenlaufen ambulatorisch weiter behandelt.

77. Alma E. Aufg. 11. XII. 1897. ? Krankheitstag.

Keine Anamnese, kein Status. Das Kind wird mit hochgradiger Stenose eingeliefert. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 11. XII. 1 mal, Tub. lag 18 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Der erste Versuch wegen hochgradiger Schwellung beider Tonsillen misslingt; ein zweiter gelingt. Starker Brechreiz; es wird eine grosse Menge blutiger Schleim und mehrere Membranfetzen entleert; bedrohliche Erscheinungen lassen nach, Atmung wird ruhiger. 18 Std. nach der Aufnahme erfolgt Exitus. Der Tubus liegt noch im Larynx.

Obduktion: Diphtheria pharingis et laryngis. Bronchopneumonia multiplex. Nephritis parenchymatosa levis.

78. Lucci H. Aufg. 22. XII. 1897. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 20. XII. mit Appetitlosigkeit, Schnupfen, Mattigkeit. Nachts 21/22. XII. Atemnot. Fieber seit 22. XII. früh. Stat.: Tonsillen mit Belägen bedeckt. Weitere Untersuchung unterblieben. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 23. XII. 2 mal, Tub. lag 16, 62 = 68 Std. Verlauf:

Am 23. XII. wegen erheblicher Zunahme der stenotischen Erscheinungen Intubation. Atmung wird frei. Nach 6 Std. hustet Pat. den Tubus aus. Atmung bleibt einige Std. frei, dann 2. Intubation notwendig. Extubation nach 62 Std. Atmung bleibt dauernd frei. Am 2. I. 98 ist die Atmung sehr beschleunigt (55); starke Cyanose der Extremitäten; über der ganzen Lunge Schallverkürzung, links bron-

chiales Atmen; Puls sehr klein und sehr beschleunigt (185). Exitus am 3. I.

Bemerkungen: Am 26. XII. Exanthem. Katarrh. Lungen-Erscheinungen vom 29. XII. an.

79. Klara W., 4½ J. Aufg. 29. XII. 1897. ? Krankhtst.

Das Kind wird mit hochgradiger Stenose eingeliefert. Die beiden Tonsillen dick-grauweiss völlig belegt. Ueber den Lungen rauhes Atmen, Giemen und Schnurren. H. R. leichte Schallverkürzung. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 29.—30. XII. 2 mal, Tub. lag 12, 16 = 28 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Nachts 29./30. XII. plötzlich stockt das Atmen; der Tubus wird sofort entfernt und durch künstliche Atembewegungen das Hindernis im Kehlkopf beseitigt; der Tubus wieder zum 2. Male eingeführt. Am 30. XII. plötzlicher Tod an Herzlähmung.

Obduktion: Diphtheria faucium.

80. Gertrud B., 8½ J. Aufg. 29. XII. 1897. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 23. XII. mit Fieber, Mattigkeit und Appetitlosigkeit. Am 27. XII. Kopf- und Halsschmerzen. Schluck- und Atembeschwerden. Stat.: Mässig kräftiges Kind. Beide Tonsillen nnd hintere Rachenwand dick graugelb belegt. Ueber den Lungen R. H. U. leichte Schallverkürzung und vereinzelte Rasselgeräusche. Atmung stridorös. T. 38,7, P. 132, A. 32. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 1.—10. I. 1898 4 mal, Tub. lag 60, 54, 25, 20 = 159 Std. Verlauf:

Am 1. I. Abends (6^h), obwohl keine absolute Indikation vorhanden ist, Intubation. Extubation nach 60 Std. am 4. I. Atmung erfolgt ohne Beschwerden. Nachts 6./7. I. stellt sich allmählich Atemnot ein; 2. Intubation. Atmung wird frei. Extubation nach 54 Std. Atmung zunächst frei, dann nach 4 Std. 3. Intubation notwendig. Extubation am 10. I. nach 25 Std. Atmung bleibt wieder nur 5 Std. frei, dann 4. Intubation erforderlich. Extubation nach 20 Std. Atmung bleibt jetzt dauernd frei. Heilung ohne Zwischenfälle. Geheilt entlassen am 4. II.

81. Charlotte B., $4^1/_4$ J. Aufg. 16. I. 1898. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Seit 11. I. Mattigkeit, Husten und Appetitlosigkeit. Seit 13. I. Schnupfen, starker Husten und Schluckbeschwerden. Seit 16. I. Atemnot. Stat.: Mässig entwickeltes Kind. Knochenbau rachitisch. Rachenorgane geschwollen, beide Tonsillen grauweiss belegt. Einziehungen. Dyspnoe. Ueber den Lungen bronchitische Geräusche. T. 38,5, P. 174. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 16. I. 1 mal, Tub. lag 72 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Am 18. I. über den Lungen R. H. Schallverkürzung und reichliche bronchitische Geräusche. Exitus am 19. I. unter Zeichen schwerer Atemnot; Tubus liegt noch im Larynx.

Obduktion: Diphtheria faucium. Bronchopneumonia multiplex.

82. Oskar H., 3 J. Aufg. 16. II. 1898. 7. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 10. II. mit Mattigkeit, später Schnupfen. Seit 15. II. leichte Kopfschmerzen und Atembeschwerden. Stat.: Mässig entwickeltes Kind. Rachenorgane leicht geschwollen und gerötet. Auf beiden Tonsillen geringe Beläge. Hochgradige Atemnot, Stridor, tiefe Einziehungen, Benommenheit, hochgradige Cyanose. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 16.—19. II. 2 mal. Tub. lag 50, 60 = 110 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei und ruhig. Extubation am 18. II. nach 50 Std.; bis 19. II. Morgens nahmen Atemnot und Einziehungen allmählich zu, 2. Intubation notwendig. Nach derselben bestehen leichte Einziehungen fort. Extubation am 21. II. nach 60 Std. Atmung ruhig; geringe Einziehungen und geringer Stridor bestehen noch bis 25. II. Geheilt entlassen am 27. IV.

Bemerkungen: Vom 24. II.—3. III. enthält Urin Eiweiss. Herzschlag unregelmässig vom 10.—11. III.; Gelenkschmerzen am 29. III. Scarlatina am 1. IV., Abschuppung am 4. IV.

83. Martha N., 4 J. Aufg. 21. II. 1898. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 18. II. mit Hals- und Kopfschmerzen, Husten, Heiserkeit und Röcheln der Atmung. Seit 20. II. Fieber und Appetitlosigkeit. Stat: Mässig kräftiges Kind. Knochenbau rachitisch. Rachenorgane gerötet und geschwollen. Beide Tonsillen, Uvula und Gaumenbögen dick weisslich belegt. Augen haloniert, Lidränder entzündet. Hochgradige Atemnot, starke Cyanose, tiefe Einziehungen. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 21. II. 1 mal, Tub. lag. 32 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei, Kind erholt sich. Am 23. II. Nachts starke Cyanose und Atemnot, Extubation. Der Tubus nicht verstopft; Atmung danach frei, aber mit geringen Einziehungen. Vom 23.—26. II. Atmung beschleunigt und stridorös. Ueber den Lungen H. l. Dämpfung, über den gedämpften Partien lautes Bronchialatmen. Exitus am 26. II.

Bemerkung: Am 24. II. Halsdrüsen-Schwellung; am 26. II. Pleuropneumonie links.

Obdukt: Diphteria faucium et laryngis; pleuropneumonia lobi. infer. pulm. sinis. Bronchitis catarrhalis pulm.

84. Hedwig M., $1\frac{1}{2}$ J. Aufg. 2. III. 1898. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 27. II. mit Husten, Heiserkeit, Atemnot und Fieber. Stat.: Das Kind wird in höchster Atemnot eingeliefert. Einziehungen im Jugulum 2 cm tief. Starke Cyanose; weitere Untersuchungen unterblieben. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 2.—3. III. 2 mal, Tub. lag. 24, 8 = 32 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei, Kind erholt sich. In der folgenden Nacht Erstickungsanfall in Folge von Vorlagerung einer Membran; Extubation. Kind hustet viel, aber kraftlos ohne Expektoration. 2. Intubation wegen stärkerer Cyanose notwendig. Nach 8 Std. plötzlicher Exitus unter dem Bilde der Herzlähmung am 3. III.

Obdukt: Diphtheria faucium. Laryngitis et tracheitis fibrinosa. Bronchitis.

85. Käthe S., 1 J. Aufg. 26. III. 1898. ? Krankhtg.

Anamn.: Wegen Rachitis in der Behandlung. Am 18. III. Ottitis media duplex, am 22. III. Masern. Am 26. III. Crouphusten, geringe Einziehungen und starker Schnupfen. Ueber den Lungen trockenes grossblasiges Rasseln. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 27. III. 1 mal, Tub. lag 6 Std. Verlauf:

Am 27. III. nimmt die Atemnot zu; Intubation. Atmung eine zeitlang ruhiger, bald darauf Collaps. Exitus nach 6 Std. Tubus liegt noch im Larynx.

Obdukt.: Bronchopneumonia catarrhalis. Tracheitis. Laryngitis. Oedema glottidis. Intumeszentia glandulorum mesenter.

86. Anna K., 1½ J. Aufg. 17. IV. 1898. ? Krankhtg.

Anamn.: Erkrankt vor 4 Wochen an Masern, darauf Lungenentzündung. Ungefähr seit 10. IV. Heiserkeit, Atembeschwerden, die allmählich zunahmen. Stat.: Ziemlich gut entwickeltes Kind. Knochenbau rachitisch. Rachenorgane ohne Beson. Auf der l. Tonsille ein stecknadelkopfgrosser Belag. Atmung erschwert, stridorös, Einziehungen. T. 37,7, P. 136, A. 26. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 17. IV. 1 mal, Tub. lag. 45 Std. Verlauf:

In kurzer Zeit nehmen die stenotischen Erscheinungen zu; Intubation. Nach 45 Std. Extubation. Atmung zunächst noch behindert, wird allmählich frei. Geh. entl. am 9. V.

87. Erna G., 1 J. 5 Mon. Aufg. 5. VI. 1898. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 2. VI. mit Fieber und Appetitlosigkeit. Seit 4. VI. Atemnot. Stat.: Gut genährtes Kind. Knochenbau etwas rachitisch. Die Tonsillen etwas geschwollen und gerötet ohne Belag. Atemnot, Cyanose. T. 38,5, P. 140, A. 28. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 5.—6. VI. 2 mal, Tub. lag 2, 8 = 10 Std. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung frei. Nach 2 Std. Extubation, wegen Verstopfung des Tubus; Atmung danach leidlich frei. Am 6. VI. nehmen die stenotischen Erscheinungen von neuem erheblich zu; 2. Intubation. Extubation nach 8 Std. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geh. entl. am 20. VI.

88. Erich K., 9 J. Aufg. 25. VI. 1898. 14. Krankheitstag.

Anamn.: Seit 14 Tagen, den 12. VI. leidet Pat. an starkem Schnupfen. Am 21. VI. starke Nasenblutung, am 23. VI. Heiserkeit. Nachts 24.—25. VI. stellen sich Atembeschwerden ein. Stat.: Mässig genährtes Kind. Knochenbau rachitisch. Rachenorgane etwas gerötet, ohne Beläge. Crouphusten. Stridor. Urin klar, enthält Eiweiss. T. 38, P. 132, A. 26. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 26. IV. 1 mal, Tub. lag 48 Std. Verlauf:

Am 26. VI. in der Nacht nehmen die Atembeschwerden erheblich zu; Intubation. Atmung wird frei, reichlich Schleim ausgehustet. Am 27. VI. Zeichen der Herzschwäche; durch Wein und Camph. behoben. Extubation am 28. VI. nach 48 Std. Atmung bleibt dauernd unbehindert. Geh. entl. am 9. VII.

Bemerkung: Bronchitische Erscheinungen vom 30. VI. — 3. VII.

89. Bertha K., $2^3|_4$ J. Aufg. 25. IX. 1898. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 23. IX. mit Husten und Fieber. Am 24. IX. wurde der Husten stärker; am Abend stellten sich Atembeschwerden ein. Stat.: Gut genährtes Kind. Auf den Tonsillen Fünfpfennigstück grosse Beläge. Rachenorgane gerötet und geschwollen. Leichter Stridor, mässige Einziehungen. Ueber den Lungen Schnurren. T. 38, P. 140, A. 26. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 26. IX. 1 mal, Tub. lag. 36 Std. Verlauf:

Am 26. IX. früh zunehmende Stenose und Atemnot; Intubation. Atmung wird frei. Extubation nach 36 Std. Atmung bleibt dauernd frei. Geh. entl. am 10. X.

90. Emma W., Aufg. 27. IX. 1898. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 25. IX. mit Heiserkeit, Erbrechen und Atemnot. Stat: Kräftiges Kind. Auf beiden Tonsillen mehrere linsengrosse graue Beläge. Die Uvula völlig grau belegt. Geringer Stridor. Ueber den Lungen diffuse, grobe, vom Larynx fortgeleitete Geräusche. T. 38. P. 150, A. 50. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 28. IX. 1 mal, Tub. lag. 6 Std. Verlauf:

Am 28. IX. wegen allmählich zunehmender Stenose Intubation. Trotz derselben bestehen die Einziehungen fort, reichlich Schleimentleerung; zunehmender Herzkollaps, durch Exitantien nicht aufzuhalten. Exitus nach 6 Std. Tubus liegt noch im Larynx.

Obdukt: Laryngitis et bronchitis fibrinosa. Lymphadenitis bronchialis caseosa. Tuberkulöse Infiltration beider Lungen, besonders der Unterlappen.

B. Intubierte und Tracheotomierte.

1. Grete M., 5 J. Aufg. 27. X. 1894. ? Krankheitstag.

Anamn.: Pat., seit 24. IX. wegen Masern in der Anstalt, erkrankte am 27. X. mit Fieber und Husten. Atmung bald darauf mühsam; geringe Einziehungen. Tonsillen intensiv gerötet und geschwollen und mit weissen Belägen versehen. Ueber beiden Lungen verschärftes Inspirium; L. H. U. von bronchialem Charakter. Injekt. 2500.

Intubation: Es wurde intubiert vom 27. X.—1. XI. 3mal, Tub. lag 13, 48, 0 = 61 Std. darauf Tracheot. Verlauf:

27. X. (8^h Abends) wegen Zunahme der stenotischen Erscheinungen Intubation. Nach 13 Std. wird der Tubus herausgenommen, weil Pat. den Faden abbiss. Nach 2-stündiger atmungsfreier Zeit 2. Intubation erforderlich. Extubation nach 48 Std. Atmung etwas angestrengt, jedoch ohne Einziehungen. Am 1. XI. wiederum Atemnot und Cyanose. Puls 200 kaum fühlbar, 3. Intubation; der Tubus wird sofort ausgehustet; Epiglottis und der Kehlkopfeingang sind oedemotös geschwollen; gleich Tracheotomie, weil bei dem elenden Kräftezustand die weitere Intubation,

welche bei dem wiederholten Aushusten des Tubus jederzeit wieder zu erwarten war, nachteilig wirken könnte. Tracheotomiewunde hat sich später diphterisch belegt. Am 11. XI. Decanulement war noch nicht ausführbar, ebenso in den folgenden Tagen. Zunehmender Lungenkatarrh. Exitus am 20. XI.

Bemerkungen: Am 10. XI. Keuchhustenanfälle, 11. XI. Serumexantum, 20. XI. Schwellung des linken Kniegelenkes.

Obduct.: Diphteria sanata. Vulnus ex tracheotomia. Oedema Pulmonum. Nephritis parenchymatosa, Gonitis prulenta incipiens sinistra.

2. Elisabeth H., $1^1/_4$ J. Aufg. 7. I. 1895. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 6. I. mit Halsschmerzen und Luftbeklemmung. Stat.: Kind wird abends 8^h in ziemlich collabiertem Zustande eingeliefert. Beide Tonsillen geschwollen, gerötet und mit gelbgrauen dickschmierigen Belägen überzogen, die Uvula an den Seitenwänden ebenfalls belegt. Starke Einziehungen, Atemnot, Stridor. Schall über der rechten Lunge hinten gedämpft. Atmung bronchial. T. 39,7, P. 200, A. 38. Injekt. 1600 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 7. I.—11. I. 6 mal, Tub. lag 30, 11, 6, 17, 9, 17 = 90 Std. Darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Nach derselben Erbrechen, häufiger lang anhaltender Husten. Tubus liegt gut, Atmung frei. Am 9. I. (früh 2^h) wegen Verstopfung des Tubus extubiert. Atmung bleibt ca. 7 Std. ziemlich frei, dann 2. Intubation notwendig. Nach 11 Std. muss der Tubus wieder wegen Verstopfung desselben herausgnnommen und zum 3. Male eingeführt werden. Nach 6 Std. wiederholt sich derselbe Vorgang, sodass Extubation und 4. Intubation nötig wird. Bis 11. I. muss der Tubus wegen Verstopfung desselben noch 2mal herausgenommen und wieder eingeführt werden. 17 Std. nach der letzten Intubation zerbeisst das Kind den Faden, daher Extubation. Atemnot besteht fort; Tracheotomie am 11. I. (Abend 8^h). Pat.

hustet viel eitrigen Schleim aus. Zunehmender Lungenkatarrh und Herzschwäche. Exitus am 14. I.

Obdukt.: Diphtheria laryngis. Tracheitis fibrinosa. Ulcus decubitale Tracheae. Bronchopneumonia multip. et pleuritis fibrinosa purulenta. Abscessus pulmonis dextri. Pharingitis chronica.

3. Helene M., 9 J. Aufg. 24. VIII. 1895. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 20. VIII. mit Mattigkeit und Kopfschmerzen. Seit 22. VIII. Husten. Stat.: Gut genährtes Mädchen. Ausgedehnte weisse Beläge der Tonsillen, Uvula und des linken Gaumens. Crouphusten. T. 38,9, P. 120, A. 24. Injekt. 4000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 25. VIII. 2mal, Tub. lag 3, 0 = 3 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Am 25. VIII. (Morgens 9^h) wegen starker Atemnot und Cyanose Intubation; schafft nur geringe Erleichterung. Nach 3 Std. setzen Atmen und Puls aus; Extubation, Tubus nicht verstopft. Durch künstliche Atmung und Camph. Besserung; erneute Intubation. Wiederum keine Erleichterung, daher Tracheotomie. Operation wegen Struma schwierig. Während desselben 2mal Herzkollaps. Nach der Eröffnung der Trachea zeigt sich dieselbe völlig mit Eiter und membranösen Fetzen ausgefüllt. Nach deren Beseitigung zunächst normale Atmung. Decanulement am 2. IX. Am 3. IX. nach vorausgehender Stockung der Atmung plötzlicher Herzkollaps; Exitus.

Bemerkungen: Albiminurie vom 26. VIII.—1. IX.

Obdukt.: Nephritis, Myocarditis et Hepatitis parenchymatosa. Vereiterung der Halsdrüsen. Ascaris im Larynx.

4. Gertrud K., $2^3/_4$ J. Aufg. 12. IX. 1895. 9. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 4. IX. mit Heiserkeit, seit 11. IX. Hitze und Atemnot. Stat.: Mässig genährtes Kind, in sehr kollabiertem Zustande eingeliefert. Im Halse keine Beläge. Mund mit Schleim gefüllt. Einziehung und ziemlich erhebliche Atemnot. T. 37,4, P. 168, A. 44. Injekt. 4000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 12.—14. IX. 6 mal, Tub. lag 5, 7, 4 $^1|_2$, 19, 0, 0 = 35 $^1/_2$ Std. darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung frei. Pat. erholt sich. Nach 5 Std. muss der Tubus herausgenommen werden, wegen Verstopfung desselben; dabei wird eine grosse Menge Schleimmassen und Membranfetzen ausgehustet. Atmung bleibt 1 Std. frei, dann 2. Intubation nötig. Am 13. IX. Morgens setzen Atmung und Puls plötzlich aus, sofort der Tubus entfernt. Durch die künstliche Atmung wird eine grosse Membran, die dem Ausguss des unteren Teils der Trachea entspricht, ausgeschleudert und die Atmung frei. Nach einigen Std. 3. Intubation erforderlich. Nach 4 $^1|_2$ Std. muss der Tubus wegen Verstopfung desselben entfernt und wieder (zum 4. Male) eingeführt werden. Die ganze Nacht über mässiger Luftmangel. Am 14. IX. Morgens Extubation. Atmung nicht frei; im Laufe des Tages noch 2 mal Intubation ohne Erfolge. Tracheotomie. Operation gelingt leicht und schafft freie Atmung. Decanulement am 19. IX. Ungestörte Rekonvalescenz. Geh. entl.

Bemerkung: Klinische Diphtherie. D. B. nicht nachgewiesen, anscheinend nicht geimpft.

5. Hedwig G., 3 $^1|_2$ J. Aufg. 14. IX. 1895. 4. Krankht.

Anamn.: Erkrankt am 11. IX. mit Mattigkeit, später Heiserkeit und Hitze. Seit 13. IX. ab und zu Atemnot. Stat.: Kräftiges Kind. Ziemlich ausgedehnte weissliche Beläge der Tonsillen, der Uvula, Gaumenbögen und der hinteren Rachenwand. Stridor. Einziehungen. T. 37, P. 140, A. 36. Injekt. 4500 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 14.—15. IX. 5 mal, Tub. lag $^1/_2$, 1, 0, 2, 1 = 4 $^1|_2$ Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Einige Std. nach der Aufnahme wegen Zunahme der Atemnot Intubation. Atmung frei. Nach $^1/_2$ Std. wird der Tubus ausgehustet. Atmung bleibt 7 Std. frei, dann 2. Intubation notwendig. Der Tubus wird nach 1 Std. wieder ausgehustet. Atmung bleibt 5 Std. frei, dann 3. Intubation erforderlich. Nach einigen Minuten reisst Pat.

den Tubus heraus. Atmung bleibt bis 2^{h} nachts frei, dann 4. Intubation nötig. Der Tubus bleibt nur 2 Std. liegen, wird dann ausgehustet. Am 15. IX. (Morgens 8^{h}) tritt hochgradige Cyanose und Atemnot ein. Atmung und Puls setzen aus. 5. Intubation, künstliche Atmung und Camph. Nach einigen Minuten stellt sich die Respiration wieder ein. Der Tubus nach 1 Std. vom Pat. herausgerissen. Atmung bleibt 2 Std. frei. dann wieder Atemnot; weitere Intubation erfolglos, deshalb Tracheotomie. Operation ist durch die vorliegende Schilddrüse erschwert. Nach derselben Atmung beschleunigt, aber frei. Decanulement am 19. IX. Heilung der Wunde am 1. X. Geh. entl. am 15. X.

Bemerkung: Klinische Diphtherie. D. B. nicht nachgewiesen, anscheinend nicht geimpft.

6. Gerhard K., 5 J. Aufg. 19. IX. 1895. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 16. IX. mit Fieber und Halsschmerzen. Seit 18. IX. Husten. Stat.: Gut genährtes Kind. Die l. Tonsille stark geschwollen, reicht über die Medianlinie hinaus. Beide Tonsillen, Uvula und Gaumenbögen gelblich schmierig belegt. T. 38,9, P. 160, A. 34. Ueber die Lungen voller Schall, etwas scharfes Bläschenatmen. Urin enthält Eiweiss. Injekt. 5500 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 20. IX. 3 mal, Tub. lag 0, 0, 0 Std. darauf Tracheot. Verlauf:

Am 20. IX. wegen Cyanose und Atemnot Intubation. Dieselbe ist wegen des auffallend tief gelegenen Kehlkopfes und die bei der leisesten Berührung stark blutenden Rachenorgane äusserst schwierig und hat keinen Erfolg auf die Respiration; der Tubus wieder entfernt, vorübergehende Besserung der Atmung. Es wird noch 2 mal, jedesmal mit demselben Misserfolg, intubiert. Der herausgenommene Tubus ist stets mit Blutgerinsel und Schleim verstopft. Kind sehr erschöpft, daher sofortige Tracheotomie. Atmung danach frei und ruhig. Durch die Canüle blutiger Schleim entleert. Decanulement am 23. IX. Am 24. IX. Anfall von Herzschwäche, unregelmässiger

Puls. Cyanose. Starke Albiminurie. Am 25. IX. unter zunehmendem Herzkollaps; Exitus.

Obdukt.: Myocarditis parenchymatosa gravis. Bronchopneumonia lob. sup. dext. Nephritis parenchymatosa haemorrhagica. Vulnus ex Tracheotomia. Ulcera diphtherica faucium, tonsill. et tracheae.

Bemerkung: Mischinfektion mit Streptokokkus.

7. Margarethe W., 2 J. Aufg. 4. XI. 1895. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 2. XI. mit Husten und Heiserkeit. Von einem Arzt sogleich 1000 J. E. Serum injiziert. Stat.: Auf beiden Tonsillen abgegrenzte Beläge. Atmung sehr beschleunigt. Einziehungen. Cyanose. T. 38,6, P. 180, A. 41. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 4.—9. XI. 5 mal, Tub. lag 2, 36, 37, 48, 1 = 124 Std. darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Pat. hat andauernd Hustenreiz, hustet viel zähen Schleim aus. Nach 2 Std. wird der Tubus durch Brechbewegungen ausgeworfen, kurz darauf 2. Intubation notwendig. Nach 36 Std. wird versuchsweise extubiert, Atmung nicht freier. 3. Intubation. Am 17. XI. nach 37 Std. Extubation. Atmung bleibt nur 1 Std. frei, dann 4. Intubation nötig. Nach 48 Std. am 9. XI. Extubation. Atmung bleibt wiederum nur 6 Std. frei. 5. Intubation und nach 1 Std. Tracheotomie, während der Tubus noch im Larynx lag. Am 11. XI. die Tracheotomiewunde schmierig belegt. Am 12. XI. Serumexanthem bis 15. XI. Decanulement am 14. XI. Am 15. XI. Atemnot und Cyanose, die Wunde wird los gebunden, aus derselben entleert sich übelriechendes eitriges Sekret. Am 17. XI. Kollaps. Gesichtsfarbe graublau, Puls unregelmässig; Exitus.

Obdukt.: Diphtheria laryngis. Bronchopneumonia multiplex. Nephritis parenchymatosa. Vulnus ex tracheotomia. Ulkus der vorderen Kehlkopfswand, am Abgang des rechten Bronchus.

8. Charlotte S., 10 Mon. Aufg. 2. XII. 1895. ? Krankheitstag.

Anamn.: Pat. hustet seit 24. XI. Stat.: Starke Cyanose. Einziehungen.

Intubation: Es wurde intubiert am 2. XII. 1 mal, Tub. lag 0 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation; der Tubus muss sofort wieder entfernt werden, weil er sich mit zähem Schleim verstopft. Tracheotomie. Operation gelingt leicht. Atmung frei. Am 5. XII. Decanulement noch nicht ausführbar. Die Canüle hat sich oft mit zähen braunen Massen verstopft. Am 7. XII., ebenso am 8. XII. wiederholte Krampfanfälle, über den Lungen verschärftes Inspirium und Rasseln. Am 8. XII. setzen plötzlich das Atmen und der Puls aus; durch die Massnahmen stellen sich dieselben wieder ein, jedoch Atmung sehr beschleunigt und oberflächlich. Nach einigen Stunden erfolgte Exitus.

Obduktion: Diphtheria laryngis. Vulnus ex tracheotomia gangraenosum. Tracheitis et bronchitis purulenta. Bronchopneumonia simplex. Nephritis parenchymatosa. Gastritis parenchymatosa.

9. Wilhelm B., 7 J. Aufg. 26. XII. 1895. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 21. XII. mit Heiserkeit, Schnupfen und Halsschmerzen. Stat.: Hochgradige Asphyxie, livide Gesichtsfarbe. Bewusstlosigkeit. Injekt. 3000 J. E. Weitere Untersuchung unterblieben.

Intubation: Es wurde intubiert vom 26.—27. XII. 4 mal, Tub. lag 9, $^1/_2$, 0, 0 = $9^1/_2$ Std. darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation (6^h Nachmittag) und künstliche Atmung. Respiration stellt sich wieder ein, der Puls wird allmählich gut und Pat. kommt zum Bewusstsein. Nach 9 Stunden hustet Pat. den Tubus aus, derselbe muss sofort (zum 2. Male) wieder eingeführt werden. Atmung frei aber oberflächlich, geringe Einziehung. Nach $^1/_2$ Std. wird der Tubus beim Erbrechen herausgeworfen und sofort (zum 3. Male) wieder eingeführt. Atmung frei. Cyanose bleibt. Man hört ein stenotisches Geräusch, das dem Klang nach unterhalb des Tubus seinen Ursprung hat. Pat. fängt an stärker einzuziehen, der Tubus wird heraus-

genommen und mit nächst grösserer Nummer nochmals (zum 4. Male) intubiert. Pat. reisst den Tubus unmittelbar darnach heraus und wird bewusstlos. Tracheotomie. Während der Operation künstliche Atmung. Nach Einlegung der Canüle erholt sich Pat. schnell. Die Canüle wird oft durch fingerlange Membranen verlegt. Am 30. XII. Atmung dyspnoisch. Die Canüle wird entfernt, da ihr unteres Ende öfter verlegt wird und der Knabe dadurch aufgeregt und angestrengt wird. An demselben Abend wird der Puls fadenförmig. Atmung frequent. Exitus am 30. XII.

Bemerkungen: Albiminurie.

Obduktion: Pneumonia multiplex. Pleuritis sicca fibrinosa dext. Nephritis parenchymatosa. Myocarditis, dilatatio ventriculi utriusque. Phlegmone retroamygdalaris profunda. Decubitus trachealis posterior. Vulnus ex tracheotomia.

10. Klara V., 6 J. Aufg. 26. XII. 1895. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 25. XII. mit Heiserkeit und mässigem Fieber. Stat.: Starke Beläge auf den Rachenorganen. Puls frequent und klein. Atmung dyspnoisch. Einziehungen. Inject. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 26.—27. XII. 4 mal, Tub. lag 6, $1\frac{1}{2}$, 0, 0 = $7\frac{1}{2}$ Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Nach 6 Stunden fliegt der Tubus bei einem heftigen Hustenstoss heraus, unmittelbar darnach 2. Intubation notwendig. Nach $1\frac{1}{2}$ Stunden wird der Tubus wieder ausgehustet, ebenso gleich darauf nach der 3. Intubation. Atmung bleibt 5 Stunden frei, dann stellt sich wieder Cyanose und Einziehungen ein; 4. Intubation schafft keine Erleichterung, deshalb Tracheotomie am 27. XII. (Früh 5^{h}). Decanulement am 31. XII. Ungestörter Wundverlauf. Geh. entlassen am 22. I. 1896.

11. Johanna M., $1\frac{1}{4}$ J. Aufg. 6. I. 1896. 11. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 27. XII. mit Schnupfen. Nachts 5./6. I. Anfall von heftiger Atemnot. Stat.: Beide Ton-

sillen, Uvula und die hintere Rachenwand mit schmierigen und dicken grauweissen Belägen überzogen. A. 52 oberflächlich, P. 160. Starke Einziehungen. Inject. 3000 J.E..

Intubation: Es wurde intubiert am 6. I. 2 mal, Tub. lag 3, 8 = 11 Std. darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Nach 3 Stunden wird der Tubus ausgehustet; 2. Intubation nötig. Nach 8 Stunden wird der Tubus nochmal ausgehustet. Atmung bleibt eine Stunde frei, wird dann wieder stenotisch infolge Schwellung der Epiglottis Intubation misslingt. Tracheotomie. Decanulement am 20. I, Am 11. II. plötzlich Exitus unter Herzlähmung, im Augenblick, wo Pat. geheilt abgeholt werden soll.

Obduktion: Anaemia cerebri et Myocardii. Cicatrix ex Tracheotomia.

12. Charlotte R., $4^3/_4$ J. Aufg. 25. II. 1896. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 21. II. mit Schnupfen. 24. II. Heiserkeit, Atemnot und Fieber. Stat.: Mittelkräftiges Kind. Beide Tonsillen, Uvula, Gaumenbögen und die hintere Rachenwand dick graugrün belegt. Foetor ex ore, sehr starker eitriger Nasenfluss, starke Einziehungen. A 52 stöhnend, P. 140. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 26. II. 1mal, Tub. lag 1 Std. darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei, aber bleibt frequent. Nach einer Std. wird bemerkt, dass der Faden des Tubus durchgebissen und letztere verschluckt ist. Nach 3 Std. stellt sich Cyanose, starke Dyspnoe ein, Puls 180 fadenförmig. 2. Intubation misslingt infolge auffallend schlaffer Epiglottis. Es entleeren sich grosse Mengen blutiger, übelriechender, schleimig-eitriger Massen aus Mund und Nase. Tracheotomie. Es entleeren sich aus der Wundöffnung mit grosser Gewalt dick membranöse Gebilde und Eitermassen. Am 27.—28. II. ist Pat. sehr unruhig; aus der Canüle entleert sich fortwährend blutiger Schleim. Urin enthält $^1/_3$ Vol. Eiweiss. Am 29. II. ist Pat. auffallend

ruhig, fühlt sich kühl an, Atmung oberflächlich. Exitus in tiefstem Kollaps am 29. II.

Obduktion: Diphtheria faucium et laryngis. Vulnus ex Tracheotomia Bronchopneumonia multiplex. Myocarditis, nephritis, hepatitis parenchymatosa. Verschluckter Tubus im Coecum.

13. Brune K., $1^3/_4$ J. Aufg. 28. IV. 1896. 15. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 14. IV. mit Schnupfen. Seit 24. IV. Husten. Seit 25. IV. Kurzatmigkeit, später Luftmangel. Stat.: Mässig entwickeltes Kind. Halsorgane gerötet, ohne Belag. Geringe Cyanose und Stridor. T. 39,2, P. 180, A. 48. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 29. IV. 1 mal, Tub. lag 0 Std. darauf Tracheot. Verlauf:

In der Nacht nehmen die stenotischen Erscheinungen zu. Intubation. Nach einigen Minuten wird der Tubus durch heftige Hustenstösse herausgeworfen. 2. Intubation wegen Schwellung des Larynxeinganges misslingt; Tracheotomie. Atmung wird frei, Pat. erholt sich und verfällt in ruhigen Schlaf. Decanulement am 4. V. Geheilt entlassen am 13. VI.

Bemerkungen: Vom 13. V. an hohes remittierendes Fieber. Ueber der rechten Lunge H. O. Schall ist etwas kürzer als links? Am 2. VI. hat das Kind anhaltenden Reizhusten. Durch denselben wird ca. $6^1/_2$ ccm dünnflüssiges eitriges Sputum entleert. Im Sputum konnte Diplococcus und Streptococcus nachgewiesen werden. Von da ab kein Fieber: Lungen-Abcess.

14. Erich G., 8 J. Aufg. 30. V. 1896. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 28. V. mit Fieber, Hals- und Kopfschmerzen. Stat.: Kräftig entwickeltes Kind. Tonsillen stark geschwollen auf denselben und auf der Uvula zerstreute, grauweisse Beläge. Halsdrüsen diffus geschwollen. Cyanose. Starke Einziehungen, Stridor. T. 39, P. 136, A. 28.

Intubation: Es wurde intubiert vom 30. V.—31. V. 3mal. Tub. lag 1, 0, 0 = 1 Std. darauf Tracheot. Verlauf:

Einige Std. nach der Aufnahme nimmt die Atemnot beträchtlich zu; Intubation. Atmung wird frei. Nach etwa einer Std. wird der Tubus und zu gleicher Zeit 2 dicke Membranen, die einen Ausguss der Epiglottis und Trachea darstellten, ausgehustet. 2. Intubation erforderlich. Während derselben wird plötzlich der Tubus samt Faden verschluckt. Atmung zunächst frei. Am 31. V. erneute Atemnot. 3. Intubation schafft keine Erleichterung, daher Tracheotomie. Atmung frei, Pat. erholt sich. Vom 1. VI. an zunehmende Herzschwäche, Lungenkatarrh. Exitus am 4. VI.

Bemerkungen: Am 4. VI. erscheint am 31. V. verschluckter Tubus im Stuhl.

Obduktion: Diphtheria faucium, Bronchopneumonia multiplex. Vulnus ex tracheotomia.

15. Martin N., 3 J. Aufg. 11. X. 1896. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 9. X. mit Atembeschwerden, Husten, Hals- und Kopfschmerzen. Heute haben die Beschwerden zugenommen. Stat.: Mässig kräftiger Knabe. Lippen cyanotisch. Rachenorgane enorm geschwollen. Ausgedehnte dicke schleimige Beläge der Tonsillen, Uvula und Gaumenbögen. Urin enthält Eiweiss. T. 38,3, P. 160, A. 38. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 11. X. 2mal, Tub. lag 0, 20 = 20 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Einige Std. nach der Aufnahme, wegen Atemnot und Einziehungen, Intubation. Der Tubus wird bald ausgehustet, 2. Intubation notwendig. Atmung nicht sonderlich gebessert, wird vielmehr frequenter und von Stridor begleitet. Während der Nacht grosse Unruhe, Atmung ist fortdauernd angestrengt, Gesichtfarbe livid, infolgedessen (12. X. 4^h früh) Tracheotomie. Operation gelingt leicht. Decanulament am 30. X. Atmung durch Larynx noch etwas stridorös. Geheilt entlassen am 16. XI.

Bemerkungen: Die starke Schwellung der Tonsillen bestand noch bis zur Entlassung. Urin enthält Eiweiss vom 11. X.—6. XI.

16. Editha N., 3 J. Aufg. 11. X. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 9. X. mit Halsschmerzen, Unruhe und Beklommenheit und Fieber. Am 10. X. Atemnot, Krämpfe und grosse Unruhe. Stat.: Mässig kräftiges Kind. Sensorium anscheinend benommen. Tonsillen stark geschwollen, tragen beiderseits gelbgraue, linsengrosse Beläge. Cyanose, Einziehungen, Crouphusten. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 11 X. 2mal, Tub. lag 0, 0 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Keine Erleichterung; der Tubus wird wieder entfernt, derselbe zeigt sich verstopft. Atemnot besteht fort. 2. Intubation, wieder keine Erleichterung. Atmung steht kurz darauf still. Sofortige Tracheotomie und die künstliche Atmung blieben ohne Erfolg. Exitus am 11. X.

Obduktion: Diphtheria laryngis et Oedema glottidis. Nephritis parenchymatosa. Hypraemia pulmonum. Bronchitis catarrhalis. Hyperplasia folliculorum lienis.

17. Gertrud L., 3½ J. Aufg. 11. XII. 1897. 9. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 3. XII. mit trockenem Husten, Fieber und Augenschmerzen. Am 5. XII. angeblich Masernausschlag. Seit 8. XII. bellender Husten, später Atemnot. Stat.: Mässig gut genährtes Kind. Die Tonsillen und die hintere Rachenwand grauweiss belegt. Hochgradige Einziehungen, lauter Stridor. Gesichtsfarbe livid und cyanotisch. Sensorium etwas benommen. Ueber den Lungen zahlreiche laute, grobe Rasselgeräusche. T. 38,5, P. 146 klein, A. 36. Injekt. ausserhalb 1000 J. E., hier 1500 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 11. XII. 2 mal. Tub. lag 3, 0 = 3 Std. darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation; dabei wird eine grosse Menge blutiger Schleim ausgehustet. Nach 3 Std. hustet Pat. den Tubus aus; Einziehungen, Cyanose bestehen fort. 2. Intubation; bei der Einführung zeigt sich Epiglottis stark geschwollen. Tubus schafft keine Erleichterung und wird bald durch heftigen Husten herausgeworfen, daher Tracheotomie. Im Laufe von 6—7 Tagen verstopft sich

die Canule mehrmals durch Membranen, und sehr erhebliche Mengen von Membranfetzen werden ausgehustet. Decanulement am 18. XII. Die Wunde noch ambulatorisch behandelt. Geheilt entlassen am 29. XII.

18. Emmi D., $1^1/_4$ J. Aufg. 18. XII. 1896. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 13. XII. mit Schnupfen. Seit dem 14. XII. Unruhe und Mattigkeit. Seit 17. XII. Heiserkeit und Atemnot. Stat.: Schwächliches Kind. Weisse Beläge im Rachen. Ueber die Lungen percutorisch keine Differenz; H. beiderseits Atem mit bronchialem Beiklang. Feuchte Rasselgeräusche. Hochgradige Cyanose, Atmung sehr angestrengt, lauter Stridor, starke Einziehungen, Benommenheit. T. 39, P. unzählbar, A. 58.

Intubation: Es wurde intubiert am 18. XII. 2 mal. Tub. lag 0, 0 Std. darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Dieselbe besserte den Zustand nur einige Minuten; Tubus herausgenommen und wieder eingeführt. Keine Veränderung, infolgedessen Tracheotomie vorgenommen. Operation gelingt leicht, nachdem eine 5 cm lange Membran ausgeworfen war, wird die Atmung durch die Canule frei und ruhig. Am 19. XII. muss die Canule, wegen Verstopfung derselben ausgewechselt werden, dabei wird eine grosse Menge Membranfetzen ausgeworfen. An demselben Tag Masernausschlag, zunehmende Herzschwäche, Atemnot. Ueber den Lungen Rasseln, Exitus (22 Std. nach der Aufnahme) am 19. XII.

Obduktion: Morbilli, Diphtheria faucium, Bronchopneumonia multiplex duplex. Bronchitis fibrinosa Tonsillitis fibrinosa, Nephritis haemorrhagica parenchymatosa.

19. Arthur L., $3^1/_2$ J. Aufg. 21. XII. 1896. 4. Krankheitststag.

Anamn.: Erkrankt vor 3 Wochen mit starken Schnupfen und Verstopfung der Nase. Am 18. XII. graue Flecke im Halse. Seit 20. XII. bellender Husten. Später Atemnot. Stat.: Mässig gut genährtes Kind. Auf beiden Tonsillen, an der hinteren Rachenwand, am Rande des weichen Gaumens dicke schmierige Beläge, Foetor ex ore. Nasenflügelatmen,

mässige Einziehungen, Cyanose. Auf den Lungen abgeschwächtes Atmen. T. 37, P. 154, A. 28. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 21.—22. XII. 2 mal. Tub. lag 24, 0 = 24 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Nach 24 Std. wegen Durchbeissens des Fadens der Tubus herausgenommen; Atemnot besteht fort. 2. Intubation. Der Tubus wird nach einigen Minuten ausgehustet. Atmung bleibt 2 Std. frei, dann wegen erneuter Einziehungen Tracheotomie. Am 23. XII. die Beläge haben sich noch viel ausgebreitet. Urin enthält Eiweiss. Ueber den Lungen Giemen und Schnurren. Im Laufe des Tages mehrfach Exspectoration zäher Schleimmassen und Membranfetzen. Plötzlich Exitus am 24. XII.

Keine Obduktion.

20. Richard K., $1^3/_4$ J. Aufg. 3. I. 1897. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 2. I. mit Husten und Schnupfen. Seit heute Atemnot. Stat.: Kräftiges Kind. Knochenbau rachitisch. Auf beiden Tonsillen und an der Spitze der Uvula mässig ausgedehnte Beläge. Starke Einziehungen, Stridor. Ueber den Lungen Giemen und Schnurren. L. O. Schall etwas verdichtet, feuchte mittelblasige Rasselgeräusche. T. 38,6, P. 192, A. 64. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 3.—4. I. 2 mal. Tub. lag 5, $^3/_4 = 5^3/_4$ Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Einige Std. nach der Aufnahme stärkere Einziehungen; Intubation. Atmung wird frei. Kind schläft ruhig ein. Nach 5 Std. reisst sich Pat. den Tubus heraus; starke Einziehungen, Cyanose. 2. Intubation. Atmung verschlechtert sich nach ca. $^3/_4$ Std., daher Tracheotomie. Die Operation schwierig wegen starken Fettpolsters und der Grösse der Glandula Thyreoidea. Nach der Eröffnung der Trachea wurde ein ganzer Abguss der Trachea und des Anfangsteils der Bronchien herausgeholt. Atmung wird zunächst frei, dann im Laufe des Tages immer zunehmende Dyspnoe, Cyanose und Herzschwäche; der Puls kaum fühlbar. Trachea erweist sich vollkommen frei. Exitus am Nachmittag 4. I.

Keine Obduktion.

21. Fritz G., $1^3/_4$ J. Aufg. 29. I. 1897. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 28. I. mit Husten, Heiserkeit und Hitze. Ein Arzt konstatierte Larynxstenose und starke Beläge an beiden Tonsillen. Stat.: Mässig gut genährtes Kind. Knochenbau rachitisch. Starke Einziehungen. Cyanose. Atmung sehr beschleunigt. P. sehr klein.

Intubation: Es wurde intubiert am 29. I. 2 mal, Tub. lag $1^1/_2$, 0 = $1^1/_2$ Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Nach derselben momentaner Collaps, dann etwas freiere Atmung. Einziehungen jedoch noch vorhanden. Nach $1^1/_2$ Stunden plötzliche Cyanose. Atmung und Puls setzen aus; Extubation, künstliche Atm. Atmung und Puls treten wieder ein. Puls sehr klein, starke Cyanose. 2. Intubation ohne Erfolg, daher Tracheotomie. Die Operation schwierig wegen der starken Entwickelung der Schilddrüse. Atmung noch nicht völlig frei. Bei der Sondierung hustet das Kind, dabei wird eine grosse Membran ausgestossen, danach Atmung freier. Nach $^1/_2$ Stunde zunehmende Herzschwäche. Atm. stark beschleunigt, grosse Unruhe. Exitus nach 11 Stunden am 31. I.

Obduktion: Diphtheria laryngis et tracheitis fibrinosa. Hyperaemia pulmonum. Dilatatio cordis. Hyperplasis pulpae et folliculorum lienis.

22. Helene W., $6^1/_2$ J. Aufg. 15. III. 1897. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 13. III. mit Fieber, Halsschmerzen und Appetitlosigkeit. Stat.: Schwächliches Kind, Atmung stridorös, geringe Einziehungen.

Intubation: Es wurde intubiert am 15. III. 1 mal, Tub. lag 0 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Einige Stunden nach der Aufnahme wegen erheblicher Zunahme der stenotischen Erscheinungen Intubation, jedoch ohne Erfolg. Die Atmung ist anscheinend durch eine im Kehlkopf flottierende Membran behindert. Pat. ist nicht imstande, auszuhusten, daher Tracheotomie. Bei der

Operation Herzkollaps, nachdem kaum die Haut durchtrennt. Wiederbelebungsversuche erfolglos. Exitus am 16. III.

Keine Obduktion.

23. Martha V., 7 J. Aufg. 18. III. 1897. 11. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 8. III. mit Kopfschmerzen, Mattigkeit und Fieber, am 9. III. Beläge im Halse; seit 16. III. Atemnot und Heiserkeit. Stat.: Sehr schwächliches Kind. Rachenorgane stark geschwollen; beide Tonsillen, Uvula und Gaumenbögen grauweiss belegt. Etwas Benommenheit, Mattigkeit, Crouphusten, mässige Einziehungen. Atmung stark dyspnoisch. Ueber den Lungen Giemen und Schnuren. Urin stark trüb, enthält Eiweiss. Inject. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 18. III. 1 mal, Tub. lag 0 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Keine wesentliche Besserung der Atmung, daher Tracheotomie. Trachea mit dicken zum teil locker sitzenden Membranen ausgefüllt, die teilweise ausgehustet werden. Vom 20. III. an zunehmende Dyspnoe und Herzschwäche. Die Canüle wird oft mit zähen schmierigen Massen verstopft. Exitus unter hochgradiger Dyspnoe am 21. III.

Keine Obduktion.

24. Frida J., 10 Mon. Aufg. 31. III. 1897. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 30. III. mit bellendem Husten. Seit heute Atemnot und Hitze. Stat.: Mässig gut genährtes Mädchen. Rachenorgane gerötet und geschwollen. An der hinteren Rachenwand mehrere linsengrosse weisse Beläge. (Schleim oder Membran?.) Atmung dyspnoisch und stridorös, geringe Einziehungen. Inject. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 31. III. 1 mal, Tub. lag 39 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

In der folgenden Nacht wegen starker Einziehungen Intubation; dabei grosse Menge Schleim und Membranfetzen entleert. Atmung wird frei. Am 2. IV. hochgradige Atemnot. Tracheotomie, während noch der Tubus im Larynx

lag. Atmung wird frei, aber sehr beschleunigt. Auf den Lungen Schnurren und Rasseln. Durch die Canüle fortwährend dünnflüssige schmierige Schleimmassen ausgehustet. Die Atmung bleibt beschleunigt. Exitus, indem die Atmung aussetzte und der Puls nicht mehr zu fühlen ist, am 4. IV.

Keine Obduktion.

25. Willi M., 13 Mon. Aufg. 4. IV. 1897. 7. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 29. III. mit Unruhe, Fieber und Erbrechen. Seit 3. IV. Heiserkeit, in der letzten Nacht Atemnot. Stat.: Mässig gut genährtes Kind, Knochenbau stark rachitisch. Auf beiden Tonsillen grauweisse Beläge. Crouphusten. Stridor, geringe Einziehungen. Weitere Untersuchungen unterblieben. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 4. IV. 1 mal, Tub. lag 0 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Gegen Abend nahmen die stenotischen Erscheinungen beträchtlich zu. Intubation ohne Erfolg, infolge dessen Tracheotomie. Operation leicht. Am 6. IV. beim Kanülenwechsel schmierige Membranfetzen entleert; fortwährend zunehmende Dyspnoe. Atmung oberflächlicher und sehr frequent (84), Puls klein und frequent (246), Exitus gegen Abend am 6. IV.

Bemerkungen: D.B.-kulturen, wegen der Schwere der Erkrankung nicht untersucht. Klinisch Diphtheria gravis.

26. Irene S., 5½ J. Aufg. 5. IV. 1897. 2 Krankheitstag.

Anamn.: Pat. ist krank seit 31. III.?; in letzter Zeit Heiserkeit, bellender Husten, Einziehungen und Atemnot. Stat.: Nachts 4./5. IV. (½3 h) mit hochgradiger Atemnot, Cyanose und Stridor eingeliefert. Schwächliches Kind. Auf der r. Tonsille mehrere linsengrosse weisse Beläge. Erhebliche Einziehungen. Mattigkeit. Ueber den Lungen Schnurren und Rasseln. Injekt. 3000. J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 5. IV. 2 mal, Tub. lag 0, 20 = 20 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung nicht völlig frei, der Tubus wird durch Würg- und Hustenreiz mit einer grossen

und dicken Membran herausgeworfen. 2. Intubation. Atmung frei Nach 20 Stunden zerbiss Pat. den Faden, deshalb der Tubus herausgenommen; dabei hustet Pat. einen membranösen Ausguss der Trachea mit Bronchen aus. Atmung frei, doch sehr oberflächlich und beschleunigt. Tracheotomie. Operation gelingt leicht. Atmung fortwährend beschleunigt, Puls schwach. Exitus 36 Stunden nach der Operation am 6. IV.

Keine Obduktion.

27. Fritz A., 4 J. Aufgen. 20. V. 1897. 1. Krankheitstag.

Anamn.: Angeblich erkrankt am 20. V. mit Husten, Hals und Kopfschmerzen. Stat.: Ziemlich gut entwickeltes Kind. Auf beiden Tonsillen schmale gelbweisse Beläge. Mässige Einziehungen. Stridor, Heiserkeit. T. 38,6, P. 164, A. 36. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 20 V. 2 mal. Tub. lag 0 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

In der folgenden Nacht nehmen Einziehungen und Cyanose zu. 2 mal Intubation ohne Erfolg. Atmung bleibt dyspnoisch. Tracheotomie. Nach der Eröffnung der Trachea wird eine grosse Membran ausgehustet und noch mehrere kleine mit einem Katheter entfernt. Decanulement am 28. V. erschwert, doch schliesslich möglich. Geh. entl. am 19. VI.

Bemerkung: Bei der Entlassung noch etwas Heiserkeit vorhanden.

28. Ida D., 3¼ J. Aufg. 7. VI. 1897. 7. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 1. VI. mit Husten. Seit 6. VI. Atemnot und bellender Husten. Stat.: Kräftiges Kind. Rachenorgane gerötet und geschwollen ohne Belag. Einziehungen, Stridor, Crouphusten. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 7. VI. 1 mal. Tub. lag 92 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atm. wird frei. Am 11. VI. nach 92 Std. Extubation. Bald nach derselben hochgradige Dyspnoe und Cyanose. Atmung und Puls setzen aus. 2.

Intubation und künstliche Atmung ohne Erfolg. Tracheotomie. Atmung stellt sich wieder ein, bleibt aber oberflächlich. Clonische Krämpfe, Somnolenz. Auf beiden Lungen bronchitische Geräusche; später Asphyxie; alle Massnahmen bleiben erfolglos. (Die atmungslose Zeit nach der Extubation bis Eröffnung der Trochea war $^3/_4$ Std.) Exitus unter Suffokation am 12. IV.

29. Ferdinand S., 1 $^3/_4$ J. Aufg. 12. X. 1898. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 10. X. mit Halsschmerzen, Heiserkeit und Husten. An den folgenden Tagen stellte sich Atemnot ein, die sich bis zum 12. X. sehr verschlimmerte. Stat.: Kräftiges Kind. Auf beiden Tonsillen mässige Beläge. Rachenorgane geschwollen und gerötet. Crouphusten. Einziehungen. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 13.—18. X. 3 mal. Tub. lag 58, 63, 74 = 195 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Einige Std. nach der Aufnahme nahmen die stenotischen Erscheinungen erheblich zu. Intubation. Atmung wird frei. Am 15. X. nach 58 Std. Extubation. Atmung bleibt 6 Std. frei, dann 2. Intubation erforderlich. Nach 63 Std., am 18. X. Extubation. Atmung bleibt diesmal wieder nur 10 Std. frei, dann erneute Atemnot. 3. Intubation. Extubation nach 74 Std. am 21. X. (um 6^h früh). Am 23. X. abends treten wieder stenotische Erscheinungen und erhebliche Cyanose ein. Tracheotomie. Operation gelingt leicht. Die Cyanose ist nicht ganz verschwunden. Ueber den Lungen beiderseits H. O. U. Bronchialatmen. In der folgenden Nacht grosse Unruhe. Am 24. X. früh morgens Puls nicht mehr zu fühlen. Atmnng sehr beschleunigt, hochgradige Cyanose. Exitus am 24. X.

Bemerkung: Serumexanthem am 23. X. Obdukt.: Diphtheria faucium, Ulcera diphtherica laryngis. Dekubital-Geschwüre. Vulnus ex tracheotomia. Perichondritis laryngea diphtherica. Bronchopneumonia multiplex duplex.

30. Max S., 4 J. Aufg. 4. XI. 1897. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 1. XI. mit Kopfschmerzen. Seit 2. XI. Fieber, seit 3. XI. Heiserkeit und Atemnot. Stat.: Gut entwickeltes Kind. Hintere Rachenwand intensiv gerötet, beide Tonsillen grauweiss belegt. Atmung mühsam. Stridor, geringe Einziehungen. T. 38,2. P. 150. A. 24. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 4—5. XI. 3 mal, Tub. lag 0, 0, 0 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Im Laufe von 20 Stunden muss 3 mal Intubation vorgenommen werden; jedesmal wurde der Tubus gleich mit Schleimmassen und Membranfetzen ausgehustet, die stenotischen Erscheinungen bestehen fort. Tracheotomie. Operation gelingt leicht. Decanulement am 18. XI. Atmung frei durch den Larynx. Geh. entl. am 24. XI.

Bemerkung: Vom 15.—20. XI. Serumexanthem. Am 18. XI. Paracentese des rechten Trommelfells. Ohreneiterung noch ambulatorisch behandelt.

31. Wally T., $1^3/_4$ J. Aufg. 6. XI. 1897. ? Krkhtstg.

Anamn.: Pat. seit 13. X. wegen Masern in der Anstalt in Behandlung. Seit 3. XI. soll Pat. ab und zu croupähnlich gehustet haben. Am 6. XI. war der Husten häufiger und bellend. Infektions-Quelle ist die Mutter. Die Mutter soll angeblich am 12. XI. mit einem diphtherisch erkrankten und tracheotomierten Kind in sehr intime Berührung gekommen sein und sich einige Std. später sowie am folgenden Tage längere Zeit beim Pat. aufgehalten haben. Stat.: Gut entwickeltes Kind. Im Rachen und im Munde nur geringe Röte. Geringe Einziehungen. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 7.—9. XI. 3 mal. Tub. lag 45, 3, 39 = 87 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Am 7. XI. (abends 8^h) wegen erheblicher Zunahme der Atemnot und Einziehungen Intubation. Atmung wird frei. Am 9. XI. nach 45 Stunden Extubation. Atmung bleibt 3 Std. frei, dann 2. Intubation notwendig. Nach 3 Std. reisst Pat. den Tubus heraus, derselbe muss sofort wieder (zum 3. Male) eingeführt werden. Nach 39 Std. reisst Pat. den Tubus wieder heraus. Nach ca. einstündiger

atmungsfreier Zeit stellen sich wieder Einziehungen und Cyanose ein. Weitere Intubation wegen Schwellung des Kehlkopfeingangs, sowie Epiglottis, nicht möglich. Beim Versuch zu intubieren setzen Atmung und Puls aus, sofort wird durch 2 rasche Schnitte die Trachea geöffnet und durch die künstliche Atmung kehren dieselben wieder zurück. Am 16. XI. über den Lungen Rasseln. R. U. leichte Dämpfung. Vom 17. XI. an nehmen die Lungenerscheinungen zu. Puls wird immer schwächer, Kind ist auffallend blass. Exitus früh am 18. XI.

Obduktion: Diphtheria laryngis. Tracheotomia. Angina catarrhalis. Bronchopneumonia multiplex. Nephritis parenchymatosa.

32. Walter P., 14 Mon. Aufg. 25. I. 1898. 6. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 20. I. mit Halsschmerzen und Husten, später Heiserkeit. Am 24. I. Erbrechen. Seit den letzten Tagen Hitze. Stat.: Kräftiges Kind. Rachenorgane gerötet. Beide Tonsillen schneeweiss dick belegt. Atmung ruhig, ab und zu stridorös. T. 38,2, P. 144, A. 44, Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 28. I. 1 mal, Tub. lag 0 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Am 28. I. nehmen die stenotischen Erscheinungen allmählich so zu, dass die Intubation vorgenommen werden muss. Nach etwa 5. Min. wird der Tubus beim Husten herausgestossen: Atemnot besteht fort. Da es fraglich schien, ob der Tubus bei der Unruhe des Kindes lange würde liegen bleiben, wird die Tracheotomie vorgenommen. Am 29. I. die Wunde leicht belegt, Dyspnoe. Ueber den Lungen vereinzelte trockene, mittelblasige Rasselgeräusche. T. 40,8, P. 220, A. 60. Am 31. I. über den Lungen Rasseln: Katarrhalpneumonie. Luftmangel. Starke Blutung aus der Trachea. Exitus infolge Erstickung im eigenen Blut. Keine Obduktion.

33. Gertrud J., 2 J. Aufg. 23. III. 1898. 8. Krankheitstag.

Anamn.: Wegen Skrophulose in der inneren Station in Behandlung. Seit 16. III. stenotische Erscheinungen.

Stat.: Leidlich ernährtes Kind, von rachitischem Habitus. Croupöser Husten. Einziehungen. T. 39,5, P. 160, A. 40. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 23. III. 1 mal, Tub. lag 1 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Einige Std. nach der Aufnahme wegen Zunahme der Einziehungen Intubation. Atmung wird frei. Nach 1 Std. hustet Pat. den Tubus aus; Einziehungen bestehen fort. Tracheotomie. Operation schwierig wegen der Kürze des Halses und der Grösse der Schilddrüse. Am 25. III. ist die Tracheotomiewunde dick grauweiss schmierig belegt. Am 26. III. früh Puls sehr schwach, kaum fühlbar. Atmung sehr oberflächlich (60). Exitus am 26. III.

Obdukt.: Laryngitis fibrinosa. Vulnus ex tracheotomia. Bronchitis et tracheitis catarrhalis. Dilatatio cordis. Im Kehlkopf geringfügiger fibrinöser Belag. Lungen blutreich oedematös.

34. Hans S., 5 1/2 J. Aufg. 9. III. 1898. ? Krankhtg.

Anamnese fehlt. Das Kind wird mit schwerer Atemnot eingeliefert, starke Cyanose, Stridor, tiefe Einziehungen. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 9.—12. III. 2 mal, Tub. lag 38, 0 = 38 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Am 11. III. Extubation. Nach 18 Std. stärkere Atembeschwerden; 2. Intubation. Dieselbe beseitigt die Berschwerden nur zum Teil, es ist beim Atmen hörbar, dass gelockerte Membranen in der Tiefe der Trachea sitzen. Die Unruhe nimmt zu, Puls kaum fühlbar, infolgedessen Tracheotomie. Nach der Eröffnung der Trachea wird eine ca. 4 cm lange Membran mit Katheder asperiert, danach Atmung frei, Einziehungen bestehen jedoch fort, Gesichtsfarbe dauernd cyanotisch. Puls ganz klein. Urin enthält reichlich Eiweiss (etwa 1/2 Vol.) Exitus nach 18 Std. unter Erscheinungen der Erstickung am 12. III.

Obdukt.: Diphtheria laryngis. Bronchopneumonia mult. Bronchitis purulenta. Nephritis parenchymatosa.

Tonsillen sind stark geschwollen und sehr tief ulceriert. Ganzer Kehlkopf und Trachea mit schmieriger Masse ausgefüllt, die sich bis in die grösseren Bronchien erstreckt.

35. Frieda H., 7 J. Aufg. 12. IV. 1898. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Vom 13. II. — 12. IV. war Pat. wegen eines Ohrenleidens in Krankenhaus-Behandlung. Am 11. IV. treten Halsschmerzen, am 12. IV. Atemnot auf. Stat.: Gut genährtes Kind. Knochenbau etwas rachitisch. Rachenorgane gerötet ohne Belag. Atemnot, Cyanose, Einziehungen. Uber den Lungen Giemen und Schnurren. T. 40,0, P. 168, A. 40. Injekt. 3000 J. E., später noch 6000.

Intubation: Es wurde intubiert vom 12.—13. IV. 2 mal, Tub. lag 17, 0 = 17 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Atmung wird frei. Am 13. IV. nach 17 Std. reisst Pat. den Tubus heraus. Atmung bleibt 6 Std. lang leidlich frei, dann wieder stark behindert 2. Intubation. Keine Erleichterung. Der Tubus wird wieder herausgenommen, die Stenose besteht fort, tiefe Einziehungen, Tracheotomie am 13. IV. Nach derselben keine wesentliche Erleichterung. Atmung beschleunigt, mässige Cyanose. Kind entleert reichlich misfarbenen Schleim aus. Am 18. IV. Atmung wird immer erschwerter, Herzschwäche. Exitus am 19. IV.

Obdukt.: Diphtheria laryngis. Laryngitis pharyngitis, tracheitis et bronchitis catarrhalis. Bronchopneumonia multiplex. Pleuritis fibrinosa sicca sinist.

36. Franz M., 5 J. Aufg. 13. VII. 1897. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Pat. war vom 9. V. bis 10. VI. wegen Bronchitis in Krankenhaus-Behandlung, hatte etwas croupösen Husten. D. B. immer negativ gewesen, am 10. VI. geh. entlassen. Seit 11. VII. soll das Kind sehr unruhig gewesen sein, intensiv gehustet und eingezogen haben. Wegen drohender Erstickung wird es am 13. VII. eingeliefert. Stat.: Schwächliches Kind. Tonsillen punktförmig

belegt. Sehr starke Einziehungen, Stridor und Cyanose. Auf den Lungen bronchitische Geräusche; heftiger quälender Husten. T. 39. P. 180. A. 80. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 13.—18. VII. 3mal. Tub. lag 38, 47, 39 = 124 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Trotz aller Massnahmen nimmt die Stenose zu, Intubation. Atmung wird frei. Am 15. VII., nach 38 Std., zerbeisst Pat. den Faden, deshalb wird der Tubus herausgenommen. Nach 2 Std. 2. Intubation wegen Stenose notwendig. Am 18. VII., nach 47 Std., Extubation. Atm. bleibt zunächst frei, dann tritt wieder Stenose ein. 3. Intubation. Extubation am 19. VII., nach 39 Std., Atmung bleibt wieder 9 Std. frei; Tracheotomie. Operation gelingt leicht. Decanulement am 28. VII. Bald darauf stellen sich stenotische Einziehungen ein. Intubation. Extubation nach 22 Std. Die Stenose nimmt kurz darauf wieder zu. Die Canüle wird wieder in die Tracheotomiewunde eingeführt. 2. Decanulement am 9. VIII. Die Einziehungen bestehen fort. Intubation. Tubus liegt 5 Tage. Kann wiederum nicht entfernt werden, ohne dass schwere Stenosenerscheinungen auftreten. Die Annahme, dass es sich um granulose Wucherungen im Narbengebiet handele, veranlasst die Verlegung zur chirurg. Station behufs ausgedehnter Operation. Geh. verlegt am 14. VIII.

Bemerkungen: Katarrhalische Erscheinungen seitens der Lunge vom 16.—23. VII.

37. Ewald H., 5 J. Aufg. 1. VIII. ? Krankheitstag.

Anamn.: Vor 4 Wochen litt das Kind an Drüsenentzündung unter dem rechten Ohr. Seitdem soll ihm auch die Luft knapp geworden sein. Seit 8 Tagen stärker. Stat.: Wohl genährtes Kind. Rachenorgane gerötet. Ohne Belag. Cyanose, starke Einziehungen. Lungen: Bronchitis. T. 37,4. P. 150. A. 40. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert vom 1.—2. VIII. 3 mal, Tub. lag 0, 6, 3 = 9 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Sofortige Intubation. Nach ca. 5 Minuten wird der Tubus mit einer 4 cm langen Membran ausgehustet, kurz

darauf 2. Intubation notwendig. Atm. wird frei. Nach 6 Std. reisst Pat. den Tubus heraus. Nach ½ Std. 3. Inbation erforderlich (Nachts ½ 1h 2. VIII.). Trotz derselben bestehen die Einziehungen fort. Nach 3 Std. Erstickungsanfall. Extubation, keine Linderung. Tracheot. Nach der Eröffnung der Trachea werden membranöse Massen durch Katheter aspiriert. Atemnot besteht fort. Herzschwäche. Exitus am 2. VIII.

Obduktion: Diphhteria laryngis et tracheae (bis zur Bifurkation ausgefüllt mit starren Membranen). Bronchitis duplex purulenta. Bronchopneumonia lobi infer. sinist.

38. Margareta K., 1¾ J. Aufg. 20. VIII. 1. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt in der Nacht zum 20. VIII. mit Halsschmerzen, Fieber und Nasenausfluss. Stat.: Ziemlich gut genährtes Kind, Knochenbau etwas rachitisch. Rachenorgane sind geschwollen, die ganze hintere Rachenwand bedeckt mit schmierig dünnem Eiter. Beläge lassen sich nicht erkennen, aus der Nase fliesst schmutzig eitriges Sekret. Ueber den Lungen hört man diffuses Pfeifen und kleinblasiges und mittelgrossblasiges Rasseln. T. 39,6. P. 170. A. 40. Atmung stark behindert. Injekt. 3000 J. E.

Intubation: Es wurde intubiert am 21. VIII. 1 mal, Tub. lag 0 Std., darauf Tracheot. Verlauf:

Am 21. VIII. (früh 6 h) wegen Zunahme der Atmungsbehinderung Intubation. Keine Erleichterung, die Einziehungen bleiben unverändert, daher Tracheotomie. Atmung ziemlich frei. Nach 6 Std. wird das Kind cyanotisch, Atmung mühsam und stridorös. Exitus unter Zeichen völliger Lungeninsufficienz und des Herzcollapses am 21. VIII.

Obduktion: Laryngitis et tracheitis. Bronchitis capillaris fibrinosa, Anaemia cordis. Nephritis parenchymatosa. Augmentalis lienis.

C. Primär-Tracheotomierte.

1. Margareta B., 8 Mon. Aufg. 14. I. 1895. ? Krankheitstag.

Anamn.: Seit 4 Monaten Husten. Seit heute Kurzatmigkeit, Erbrechen und Fieber. Stat.: Gut genährtes Kind. Beide Tonsillen grauweiss belegt. Atmung stridorös. Starke Einziehungen. T. 38,0. P. 180 sehr klein. A. 48. Injekt. 2600 J. E.

Sofortige Tracheotomie. Nach der Eröffnung zeigt sich die Trachea mit weissen, dicken Membranen austapeziert. Decanulement am 17. I. Atmung durch den Larynx frei. Am 18. I. erneute Atemnot und Einziehungen, sodass die Canüle wieder eingeführt werden muss. Am 2. II. Decanulement. Kind schreit kräftig. Auf Wunsch mit Trachealfistel entlassen. Ambulatorisch weiter behandelt. Geh. entl. am 16. II.

Bemerkung: Serumexanthem vom 26.—28. I. Pneumonia duplex vom 3.—15. II.

2. Berthold G., 1 J. 8 Mon. Aufg. 28. IV. 1895. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 26. IV. mit Husten und Kurzatmigkeit. Fieber seit gestern Abend. Stat.: Sehr kräftiger Knabe. In der Mitte der r. Tonsille ein umschriebener grauer Belag, weiche Gaumen und Gaumenbögen sind geschwollen. Cyanose, starke Einziehungen u. Atemnot. T. 38. P. 138. A. 29. Injekt. 2500 J. E.

Sofortige Tracheotomie. Nach der Eröffnung wird eine ca. 3—4 cm lange Membran ausgehustet. Decanulement am 2. V. Auf Wunsch mit kleiner Trachealfistel entlassen, ambulatorisch weiter behandelt. Geh. entl. am 25. V.

Bemerkung: Serumexanthem vom 2.—9. V.

3. Walter D., 10 Mon. Aufg. 7. III. 1895. 4. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 4. III. mit Halsschmerzen. Atemnot am 7. III. Stat.: Gut genährtes Kind. Knochenbau rachitisch. Tonsillen sind leicht geschwollen. Die rechte Seite der Uvula mit einem glasigen Ueberzuge, der

auf die hinteren Gaumenbögen übergeht, belegt. Injekt. 1200 J. E.

Sofortige Tracheotomie. Exitus 7 Stunden nach der Operation unter Eklampsie. Keine Obduktion.

4. Frieda S., 8 J. Aufg. 16. VIII. 1895. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 12. VIII. mit Fieber und Nasenausfluss, später Kopfschmerzen und Erbrechen. Seit 14. VIII. Atemnot und Halsschmerzen; kann nicht mehr sprechen. Stat.: Zierlich gebautes Mädchen. Die Tonsillen geschwollen, stossen in der Medianlinie zusammen; Uvula nach hinten verdrängt, soweit sie sichtbar ist, mit grauweissem Belag versehen. Die ganze Mundhöhle mit zähem grauweissen Schleim gefüllt. Atmung sehr mühsam. T. 40,0. P. 148. A. 54. Injekt. 2500 J. E.

Sofortige Tracheotomie. Dieselbe wird der Intubation vorgezogen, da keine Zeichen von Larynxstenose bestehen, dagegen ist eine ausserordentlich hochgradige Pharynxstenose vorhanden, welche die Intubation ev. unmöglich machen würde. Decanulement am 22. VIII. Heilung ohne Zwischenfälle. Geh. entl. am 11. IX.

Bemerkung: Mischinfektion mit Streptokokkus.

5. Klara K., $1^1/_4$ J. Aufg. 17. X. 1895. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 16. X. mit bellendem Husten, Atemnot und Heiserkeit. Pat. wird nachts um 12 Uhr eingeliefert. Stat.: Kräftiges Kind. Starke Einziehungen. Beide Tonsillen mit gelbem Belag überzogen. Injekt. 1100 J. E.

Sofortige Tracheotomie. Die Intubation war mit No. 2 erfolglos. Nach der Eröffnung der Trachea entleeren sich kleine Membranfetzen. Decanulement am 22. X. Exitus plötzlich unter Herzlähmung am 24. X.

6. Frieda M., 4 J. Aufg. 25. X. 1895. ? Krkhtstg.

Ohne Anamnese eingeliefert. Stat.: Mässig entwickeltes Mädchen. Hutchinson'sche Trias. Die Tonsillen und die

hintere Rachenwand schmierig grau belegt. Ueber den Lungen verschärftes Atmen. Injekt. 3000 J. E.

Einige Std. nach der Aufnahme stärkere Atemnot und Einziehungen. Tracheotomie. Die Tracheotomiewunde später mit diphtherischen membranösen und gangränösen Fetzen belegt. Decanulement am 30. X. Die Wunde vergrösserte sich nach teilweiser Heilung durch nekrotischen Zerfall der Bänder; sie wird etwa fünfmarkstückgross. Vom 30. X. an zunehmende katarrhalische und pneumonische Erscheinungen von seiten der Lunge. Albuminurie vom 30. X. bis 13. XI., dann wieder vom 9. XII. bis zum Tode. Exitus am 27. XII.

7. Heinrich T., 5 Mon. Aufg. 16. XII. 1895. ? Krankheitstag.

Anamn.: Aus einer anderw. Klinik ohne Anamnese eingeliefert. Seit einigen Tagen erkrankt mit Husten, Heiserkeit u. geringer Atemnot. Stat.: Schwächlicher Säugling. Im Rachen Rötung und Schwellung, auf der hinteren Rachenwand geringer Belag.

Einige Stunden nach der Aufnahme stärkere Einziehungen und Atemnot. Tracheotomie. Intubation mit Tubus No I gelingt nicht, da der Tubus zu gross ist. Die eingeführte Canüle reizt zu heftigem u. langem Husten. Decanulement am 18. XII. Atmung sehr frequent (80). P. 180. T. 40,2. Nach 5 Stunden tritt Exitus ein unter dem Bilde der Herzschwäche.

Obduktion: Diphtheria sanata. Bronchitis capillaris purulenta. Atelectasis multiplex. Hyperaemia et oedema pulmonum. Infiltratio adiposa et icterus hepatis. Nephritis parenchymatosa. Myocarditis parenchymatosa.

8. Walter F., 14 Mon. Aufg. 16. I. 1896. 11. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 6. I. mit Schnupfen, eitrigem Ausfluss aus der Nase. Seit heute heftige Atemnot. Stat.: Aeusserste Dyspnoe und starke Einziehungen. P. 180 sehr klein. A. 68. Injekt. 3000 J. E.

Sofortige Tracheotomie. Die Intubation gelingt nicht. Am 17. I. Erstickungsanfälle; Canüle nicht verstopft.

Nach künstlicher Atmung fängt das Kind wieder an zu atmen. Eine Std. nach dem ersten Anfall tritt wieder Atemnot auf, Pat. wird cyanotisch, Pupillen reaktionslos. Exitus trotz sofortiger künstlicher Atmung am 17. I.

Obduktion: Laryngitis et tracheitis fibrinosa. Atelectasis partialis pulm. Bronchitis catarrhalis. Bronchopneumonia lobi sup. dext. Induratio lienis. Rachitis.

9. Erich S., 8 J. Aufg. 30. V. 1896. ? Krankheitstag. Das Krankenjournal fehlt. Injekt. 3000 J. E. Tracheotomie. Exitus am 4. VI.

Obduktion: Diphtheria faucium. Bronchitis et laryngitis fibrinosa. Bronchopneumonia mult. haemorrhag. Vulnus ex tracheotomia.

10. Reinhard S., $3^1/_2$ J. Aufg. 27. I. 1897. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 23. I. mit Husten und Heiserkeit, später Erbrechen. Nachts 26.|27. I. starke Atemnot. Injekt. 1000 J. E. und Tracheotomie wird ausserhalb vorgenommen. Stat.: Mässig gut genährtes Kind. Knochenbau rachitisch. Auf beiden Tonsillen geringe Schleier. Ueber den Lungen vesikul. Atmung mit Giemen und Schnurren. Exitus unter allmählicher Abnahme der Atmung und der Herzkraft am 29. I. Kein D. B. Klinische Diphtherie.

Obduktion: Tracheitis fibrinosa. Bronchitis chronica. Degeneratio caseosa gland. bronchialerum. Hyperplasis folliculorum lienis.

11. Elisabet K., $2^1/_2$ J. Aufg. 28. I. 1897. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 24. I. mit Halsschmerzen, Erbrechen und Heiserkeit. In der Nacht 27.|28. V. hochgradige Atemnot. Ausserhalb tracheotomiert. Stat.: Mässig gut genährtes Mädchen. Knochenbau rachitisch. Atmung beschleunigt, doch frei. Auf den Tonsillen bohnengrosse Beläge. Ueber den Lungen verkürzter Schall und verbreitetes Giemen und Schnurren. Urin gering getrübt Injekt. 3000 J. E.

Normaler Heilungsverlauf. Geheilt entlassen am 25. II.

12. Paul G., 1 J. Aufg. 2. IV. 1897. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 31. III. mit Hitze und „Röcheln auf der Brust". Seit der letzten Nacht starke Atemnot, heute Nachmittag musste das Kind ausserhalb tracheotomiert werden. Stat.: Gut genährter Knabe. Atmung stark beschleunigt und oberflächlich. Zeitweise Hustenreiz, über den Lungen Rasseln und Schnurren. T. 41,2, P. 152, A. 72. Injekt. 3000 J. E.

An den folgenden Tagen werden zahlreiche borkige und schleimige Massen entfernt und ausgehustet. Zunehmende Atemnot. Exitus am 6. IV.

Obduktion: Diphtheria faucium. Laryngitis tracheitis bronchitis crouposa. Peribronchitis multip. Nephritis parenchymatosa.

13. Margareta G., 2 J. Aufg. 12. VII. 1897. ? Krankheitstag.

Anamn.: Von einem auswärtigen Krankenhaus eingeliefert, dortselbst behandelt an tuberkulöser Peritonitis mit Laparotomie. Am 11. VII. Atembeschwerden. Diphtherische Beläge im Rachen, abends starke Einziehungen. Tracheotomiert. Stat.: Dürftig entwickeltes Mädchen, keine Beläge im Rachen. Nasen-Diphtherie. Pat. hustet zeitweise zähen Schleim aus durch die Canüle. Ueber den Lungen Schnurren. Injekt. 3000 J. E.

Decanulement am 21. VII. ohne Besonderheiten. Schlucklähmung. Exitus am 23. VII.

Obduktion: Bronchopneumonia multipl. Peritonitis. Vulnus ex Laparotomia.

14. Willi G., 13 Mon. Aufg. 27. VII. 1897. 8. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 20. VII. mit Schnupfen und Fieber. Seit 25. VII. angeblich Atemnot und Heiserkeit. Stat.: Dürftig entwickeltes Kind. Knochenbau rachitisch. Crouphusten. Mässige Einziehungen. Rachenorgane gerötet und geschwollen; ohne Belag. Injekt. 3000 J. E.

Am 28. VII. Abend stärkere Atemnot und Cyanose; Tracheotomie. Decanulement machte Schwierigkeiten, wiederholte Intubationen erforderlich. Am 24. VII. zur chir. Abteilung verlegt. Ungeheilt verlegt.

15. Lucci S. Aufg. 30. VIII. 1897. 16. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 15. VIII. mit Schnupfen. Seit 22. VIII. Heiserkeit. Seit 29. VIII. Atemnot, die gegen Abend zunahm. Stat.: Gut enwickeltes Mädchen. Tonsillen geschwollen ohne Belag. Starke Einziehungen. Stridor. Leichte Cyanose. T. 38, P. 140, A. 24. Injekt. 4500 J. E.

Sofortige Tracheotomie. Decanulement am 9. IX. Nach demselben Atmung noch etwas stridorös, geringe Einziehungen. Heilung ohne Zwischenfälle. Geheilt entlassen am 20. IX.

16. Martha D., 6 J. Aufg. 15. X. 1897. ? Krankheitstag.

Anamn.: Mit hochgradigen stenotischen Erscheinungen moribund eingeliefert. Das Kind ist fast pulslos, Mundhöhle und Rachen mit dickem Belag austapeziert. Injekt. 3000 J. E.

Sofortige Tracheotomie. Während der Operation Asphyxie, die durch künstliche Atmung behoben wurde; dabei wurde eine lange Membran herausgeschleudert. Exitus nach 4 Std. unter den Erscheinungen der Herzschwäche am 15. X.

Obduktion: Diphtheria faucium. Vulnus ex tracheotomia. Bronchitis purulenta. Atelectasis multip. pulm.

17. Hertha H., 9 Mon. Aufg. 22. XI. 1897. 3. Krankheitstag.

Anamn.: Am 20. XI. mit Schluckbeschwerden, Hitze und Atemnot, die bis heute an Stärke zugenommen. Stat.: Gut entwickeltes Kind. Auf beiden geschwollenen Tonsillen linsengrosse gelbweisse Beläge. Atmung stridorös. Einziehungen, Cyanose. T. 37, P. 150, A. 32. Injekt. 3000 J. E.

Einige Std. nach der Aufnahme wegen erheblicher Zunahme der stenotischen Erscheinungen Tracheotomie. Decanulement machte Schwierigkeiten; wiederholte Intubationen, dann noch einmal Tracheotomie. Das Kind ging schliesslich infolge Infektion mit Masern zu Grunde. (Das Krankenjournal fehlt theilweise.) Exitus am 13. I. 98.

18. Willi M., 6 J. Aufg. 12. XII. 1897. 5. Krankheitstag.

Anamn.: Erkrankt am 8. XII mit Hals- und Kopfschmerzen. Schluckbeschwerden und Husten. Nachts 11./12. XII. starke Atemnot, ausserhalb tracheotomiert. Stat.: Mässig entwickeltes Kind. Rachengebilde sind intensiv geschwollen; auf der linken Tonsille grauweisser umschriebener Belag. Atmung etwas angestrengt. T. 38,9, P. 120, A. 60. Injekt. 3000 J. E.

Am 14. XII. die Canüle häufig mit zähem grauen Schleim und Membranfetzen verstopft. Ueber den Lungen Giemen und Rasseln. Exitus unter dem Bilde der Herzschwäche am 15. XII.

Obduktion: Diphtheria faucium et laryngis. Tracheitis et bronchitis fibrinosa. Dilatatio cordis. Nephritis parenchymatosa.

19. Walter K., 4 J. Aufg. 29. V. 1898. 2. Krankheitstag.

Anamn.: Seit 28. V. Appetitlosigkeit, Schläfrigkeit, später Erbrechen und Halsschmerzen. Stat.: Gut genährtes Kind. Auf beiden Tonsillen 50pfennigstückgrosse Beläge. Rachenorgane stark gerötet und geschwollen. Starke Cyanose, Einziehungen, Stridor. Ueber den Lungen bronchitische Geräusche. T. 38,7, P. 130, A. 46. Injekt. 3000 J. E.

Sofortige Tracheotomie. Am 30. V. plötzlicher Herzkollaps; Exitus.

Keine Obduktion.

Am Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Heubner für die Ueberlassung der Fälle ehrerbietigst zu danken. Herrn Stabsarzt Slawyk schulde ich für die liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit und Durchsicht ganz besonderen Dank.

Literatur.

Urban. Bericht über 32 Fälle von Intubat. bei Diphth.-Laryngis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXI., 1 u. 2, p. 151. 1890.

G. Hunter-Mackenzie. Intubation of Larynx. Brit. med. Journ. May 24, p. 1188, 1890.

William Hails. Intubation of the Larynx. Brit. med. Journ. May 24, p. 1186, 1890.

Lennox Brown. Anatomical and other facts in support of Intubation. Brit. med. Journ. March 9, 1889.

Jaques. Intubation du Larynx dans le Croup. Revue mens. des malad. de l'enfance. Janv., p. 26, 1891..

J. Schwalbe. Die O'Dwyersche Tubage bei der diphtheritischen Larynxstenose. D. med. Wochenschr. XVII, 14, 1891.

Escherich. Ueber die Indikation der Intubation bei Diphtherie der Larynx. Wien. klin. Wochenschr. IV, 7. 8. 1891.

M. Peraire. De la Tracheotomie sur les tres jeunes enfants. Revue de Chir. X, 6, p. 517, 1890.

E. Sattler. Ueber die Resultate der Tracheotomie bei Croup und Diphtherie. Beitr. z. klin. Chir. VIII, 1, p. 92, 189..

A. Rosenberg. Ueber Intubation der Larynx. Berl. klin. Wochenschr. XXVII, 25, 1891.

J. Gottfried. Ueber die Tubage des Kehlkopfes bei Diphtherie. Therap. Mon.-Hefte V, 6, 1891.

H. Ranke. 1) Ueber Intubation des Larynx. Münch. med. Wochenschr. XXXVIII, 36 u. 37, 1890.

Derselbe. 2) Die Intubation im Jahre 1890—91. Münch. med. Wochenschr. XXXVIII, 40, 1891.

Engelbert Pfeiffer. Bericht über die Behandlung der croupösen Larynxstenose mittelst Intubation nach O'Dwyer. Wien. klin. Wochenschr. IV, 32, 1891.

C. Schlatter. Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose. Corr. Bl. f. Schweizer Aerzte XXII, 5. 6., 1892.

G. Baer. Tracheotomie u. Intubation im Kinderhospital Zürich. Beobachtungen aus den Jahren 1874—91. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXV, 1893.

S. Schweizer. Die Intubation bei diphth. Larynxtenose. Jahrb. für Kinderheilk. XXXVI. 3 p. 233. 1893.

A. Wacherle: Ueber O'Dwyersche Intubation im Leopoldstädter Kinderspitale zu Wien. Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVII 2. p. 159 1894.

Carstens. Ueber das Verfahren der Intubation bei der diphth. Kehlkopfstenose. Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVIII 2. 3. p. 259 1894.

J. Bokai. In welchem Verhältnisse findet bei der O'Dwyerschen Intubation die Herabstossung der Pseudomembranen und die Verstopfung des Tubus statt, und welche Bedeutung haben diese Komplikationen? Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVIII 1. p. 82 1894.

P. Königsberger. Die Intubation bei der Larynxstenose. Inaug. Diss. Würzburg 1894.

S. Hunter Mackenzie. Note on the treatment of diphtheria. (Lancet I. 3. Jan. 19 1895.

H. Ranke. Weitere Erfahrungen mit dem Diphtherieserum. Münch. med. Wochenschr. XLII 8 1895.

A. Baginsky. Zur Serumtherapie der Diphtherie im Kaiser- und Kaiserin Friedrich - Kinderkrankenhaus in Berlin. Berliner Klin. W. Nr. 37 1895.

J. Dreyfus. La Serumthérapie à Lyon. Lyon méd. XXII 5. p. 146 1895.

J. Bokai. Cent cas de sténose laryngée guéris par la méthode d'intubation. Ungar. Arch. f. Med. II. 2 p. 199 1895.

Widerhofer. Die Diphtherie in Wien seit ihrem Beginn im Jahre 1862 bis Schluss 1893, insbesondere in Hinsicht auf die Bedeutung der Intubation O'Dwyer, an der Klinik des St. Annen - Kinderspitals (Verhandl. d. 11. Versamml. d. Ges. f. Kinderhkd. Wiesbaden 1895).

Van Nes. Zur Intubation bei Diphtherie. Deutsche Zeitschrift f. Chir. XLII. 1. und 2. 1894.

H. Ranke. Zur Serumtherapie insonderlich über die Wirkung des Behring'schen Serums bei der sogenannten septischen Diphtherie. Jahrb. f. Kinderhkd. XLI 2. p. 227 1895.

A. Bonain. A propos de vingt-trois cas de diphthérie du larynx traités dans la pratique privée chez des enfants. Revue des mal. de l'enf. XXII p. 77. Fév. 1896.

Well. H. Welch. The treatment of diphtheria by antitoxin. Repr. from the Transact. of the Amer. Phys. X 1895.

Melvin M. Franklin. Intubation of the Larynx with report of twenty five cases. Med. News. LXIX 4 p. 90 July 25 1896.

Andrew Watson. Intubation and tracheotomie in diphtheria, Glasg. med. Journ. XLVII 4. p. 253 1897.

E. Fronz. Die temporäre Tubage bei der Tracheotomie. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV 1. p. 10 1897.

E. Wieland. Ueber Intubation bei Kehlkopfscroup. Festschrift. Eduard Hagenbach - Burchhardt zu seinem 25jähr. Professoren - Jubiläum gewidmet von seinen Schülern. Basel u. Leipzig 1897. Carl Sallmann.

Eisenschitz. Bericht der Kinderspitäler über das Jahr 1896. Jahrb. f. Kinderhkde. 1897 XLVI.

Die Heilserumbehandlung gegen Diphtherie in dem Budapester „Stephanie"-Kinderspitale. (Vorgetragen in dem Budapester Königlichen Aerzteverein am 18. April 1896)

Thesen.

I.

Bei Larynxcroup ist die Intubation als eine der Tracheotomie mindestens gleichwertige Behandlung anzusehen.

II.

Bei länger dauernder Scharlach-Nephritis empfiehlt es sich, nicht über 2—3 Wochen hinaus reine Milchdiät zu geben.

III.

Die zweckmässigste Behandlung der Scharlachangina besteht in Injektion von 3 %iger Carbolsäure in die Tonsillen resp. Gaumenbögen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Setrak Eghiaian, Angehöriger der armenischen Kirche, wurde am 6. Januar 1872 als Sohn des Kaufmanns Garabed Eghiaian zu Aintab (Aleppo, Syrien) geboren, besuchte vom 6. bis 14. Lebensjahr die dortige „Preparatory School“, vom 14. bis 20. Lebensjahre das „Central Turkey College“, wo er im Juni 1892 das Abiturienten-Examen bestand. Von Dezember 1893 bis Januar 1894 studierte er in Jena Medizin, von Oktober 1894 bis August 1895 in Leipzig, von Oktober 1895 bis April 1896 in Wien, von April 1896 bis April 1897 in Leipzig, von April 1897 an in Berlin. Er bestand am 12. Juli 1898 das Tentamen medicum und am 19. Juli das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren:

Jena: Bardeleben, Fürbringer, Häckel.

Leipzig: Birch-Hirschfeld, Curschmann, Fick, Fischer, Flechsig, Friedrich, His, Heffter, Hofmann, Ludwig, Riehl, Sänger, Trendelenburg, Wislicenius, Zweifel.

Wien: Exner, Gussenbauer, Ludwig, Nothnagel, Vogel, Weichselbaum.

Berlin: v. Bergmann, Gusserow, Gerhardt, Heubner, Hertwig, Jolly, v. Leyden, Schöler, Virchow.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.